

# TESIS DOCTORAL

Programa de Doctorado en Economía y Empresa  
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

## IDENTIDAD SOCIAL DE LA MUJER EN EL PARTO EN ANDALUCÍA



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA




AUTOR: José María García de Diego  
DIRECTOR: Rafael Serrano del Rosal  
AÑO: 2018



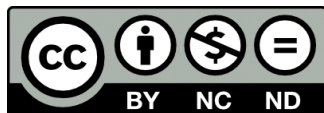


UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

AUTOR: José María García de Diego

 <http://orcid.org/0000-0001-5596-1202>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)

**UNIVERSIDAD DE MÁLAGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y EMPRESARIALES**

**PROGRAMA DE DOCTORADO DE ECONOMÍA Y EMPRESA**



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

**TESIS DOCTORAL**

**IDENTIDAD SOCIAL DE LA MUJER  
EN EL PARTO EN ANDALUCÍA**

**AUTOR: José María García de Diego**

**DIRECTOR: Rafael Serrano del Rosal**

**TUTOR: Luís Ayuso Sánchez**



**Málaga, 2018**

## AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. Rafael Serrano del Rosal, Investigador Científico del Consejo Superior de Investigaciones Científicas en el Instituto de Estudios Sociales Avanzados, como director de la Tesis Doctoral “Identidad Social de la mujer en el parto en Andalucía”, realizada por Don José María García de Diego en la Universidad de Málaga, autoriza su presentación a trámite dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Y para que así conste, a los efectos oportunos, se firma la presente en Málaga  
a 17 de septiembre de 2018

Fdo: Rafael Serrano del Rosal



*A Alejandra*

*Por un mundo donde seamos*

*socialmente iguales,*

*humanamente diferentes*

*y totalmente libres.*

*(Rosa Luxemburgo)*

## Agradecimientos

Me gustaría empezar agradeciendo a todas las mujeres que han colaborado en este estudio, por su participación desinteresada, su tiempo para explicar sus deseos, miedos, expectativas, demandas... en relación al parto que tuvieron, tanto en las entrevistas en profundidad como en los grupos de investigación que se han realizado. Sin vuestra generosidad, no habría sido posible esta investigación, en algunos casos me habéis abierto no sólo la puerta de vuestras casas, sino que habéis tenido una predisposición a mostrarnos sin tapujos para hablar de situaciones que os generan grandes sentimientos encontrados. Para mí ha sido, sino el que más, uno de los aspectos más enriquecedores y gratificantes que me llevo con la realización de esta tesis.

Quiero hacer especial mención a una compañera y amiga Lourdes Biedma, ella fue la que puso el primer interés en analizar e iniciar un estudio sobre esta temática. Me invitó a participar y a disfrutar de un trabajo en equipo, resolviendo los obstáculos que íbamos encontrando y que me han llevado a tener una especial motivación para seguir investigando sobre este apasionante tema. El apoyo, experiencia y el cariño que siempre me ha mostrado tanto en este trabajo, como en otros, han sido los que han hecho que pretenda desarrollar una Sociología que esté al servicio de todas las personas. No tengo palabras para transmitirte la suerte de encontrarte y de aprender contigo sobre cuestiones sociológicas y sobre otras cuestiones vitales.

Muchas gracias a mi director de tesis Rafael Serrano, una persona muy especial, que no sólo me ha ayudado, guiado, asesorado..., sino que también me ha animado a no tirar la toalla en momentos difíciles durante esta investigación, y me ha sabido aconsejar no sólo en su papel como director, sino como persona que me aprecia y a la que estimo, siempre te estaré agradecido por esa oportunidad que me distes. Sin ti, esto no habría sido posible.

Gracias a Luis Ayuso, por ser mi tutor y porque siempre tienes una palabra de aliento y de cariño que me ha animado a no desistir y poder terminar este trabajo de investigación.

Agradecer a Rafael Grande, compañero de departamento, el apoyo que me ha facilitado a la hora de repasar el texto de este trabajo, con una total predisposición para ayudarme en lo que me ha hecho falta.

También quiero mostrar mi agradecimiento a mis colegas y antiguos compañeros del Instituto de Estudios Sociales Avanzados, personas que siempre me han ayudado y animado de forma inestimable. Especialmente a Isabel García, Jorge Ruiz, José Antonio Cerrillo, José Luis Cañadas y Fernando Aguiar por asesorarme y escuchar todas mis dudas. A Sergio Galiano y Julia Ranchal por aprender y participar con vosotros en el grupo de investigación en el que tantos trabajos aplicados hemos podido realizar. Y a tantas y tantas personas, que si no hubiera conocido, las cosas hubiesen sido más difíciles, gracias a Marta, Truji, Regi, Juan Antonio y un largo etcétera, gracias por acompañarme y por regalarme momentos que no olvidaré.

Gracias a mi familia y a todas las personas que forman parte de mi familia elegida. Gracias mamá porque me soportas, me quieres y siempre estás orgullosa de tu hijo y de tu hija. Gracias papá porque eres una persona que sin querer ser ejemplo de nada, eres ejemplo de todo, no transmites con palabras sino con tus acciones, ojalá mi hija sienta algo parecido a lo que siento que tú eres para mí. Gracias a mi hermana María, crecer contigo es algo maravilloso y sé que todavía nos queda mucho por crecer, eres muy especial por todo lo que eres y haces, siempre has estado, siempre estás y siempre estarás. Gracias a todas las demás personas que me quieren y acompañan, hacéis que todo sea más sencillo.

Y muy especialmente a mi pareja Anabel y a mi hija Alejandra. Gracias Anabel por estar siempre ahí, apoyándome, queriéndome, soportándome, levantándome, extrañándome..., nunca pude imaginar que pudiera tener la suerte de encontrar una compañera de viaje como lo eres tú, y con la que estoy disfrutando de la crianza de nuestra pequeña. Gracias Alejandra, supimos de ti al poco de iniciar esta investigación, y has dado sentido sin igual a todo el trabajo que he realizado. Redescubrir el mundo a través de tus ojos es el mejor regalo que nunca imaginamos poder tener.



## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>- RESUMEN .....</b>  | <b>14</b> |
| <b>- INTRODUCCIÓN .....</b>   | <b>17</b> |
| <b>- MARCO TEÓRICO .....</b>  | <b>24</b> |
| <b>CAPÍTULO I: EL DISCURSO ACADÉMICO SOBRE LA IDENTIDAD .....</b>       | <b>25</b> |
| 1.1 Introducción al concepto de Identidad en Ciencias Sociales .....    | 26        |
| 1.1.1 La Identidad entendida desde la Antropología .....                | 27        |
| 1.1.2 La interpretación de la Identidad desde la Psicología .....       | 30        |
| 1.1.3 El interés de la Sociología en la Identidad .....                 | 32        |
| 1.2 La identidad en el Interaccionismo Simbólico .....                  | 36        |
| 1.2.1 George Herbert Mead .....   | 38        |
| 1.2.2 Erving Goffman .....  | 42        |
| 1.3 La Identidad en la Modernidad y Postmodernidad.....                 | 47        |
| 1.3.1 La Identidad y la Modernidad .....                                | 48        |
| 1.3.2 La Postmodernidad y su relación con la Identidad.....             | 52        |
| <b>CAPÍTULO II: LA IDENTIDAD SOCIAL .....</b>                           | <b>57</b> |
| 2.1 Una introducción a la Identidad Social.....                         | 58        |
| 2.2 El origen de la Identidad Social desde la Psicología Social.....    | 59        |
| 2.2.1 La Teoría de la Identidad Social de Henri Tajfel .....            | 61        |
| 2.2.2 La Teoría de la Categorización del Yo de John C. Turner .....     | 67        |
| 2.3 La Búsqueda de una Identidad Social Integral en la Sociología ..... | 71        |
| 2.3.1 Una Teoría Integral de la Identidad Social .....                  | 74        |

**CAPÍTULO III: MATERNIDAD Y DOLOR DE PARTO ..... 80**

|   |    |
|---|----|
| 3.1 El espacio semántico de la Maternidad .....                           | 81 |
| 3.2 Tipos ideales de mujeres en la Maternidad .....                       | 83 |
| 3.2.1 La Mujer Tradicional.....   | 84 |
| 3.2.2 La Mujer Moderna .....  | 85 |
| 3.2.3 La Mujer Postmoderna.....   | 86 |
| 3.3 El sentido del dolor de parto en nuestra sociedad .....               | 87 |
| 3.4 La percepción del dolor de parto y el valor social en su alivio ..... | 89 |
| 3.5 Conclusiones en torno al dolor en la Maternidad.....                  | 92 |

**- INVESTIGACIÓN EMPÍRICA..... 94**

**CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN..... 95**

|  |     |
|--|-----|
| 4.1 Preámbulo a la metodología .....   | 96  |
| 4.2 Diseño general de la Investigación .....   | 97  |
| 4.2.1 Objetivo general .....   | 97  |
| 4.2.2 Objetivos específicos .....  | 98  |
| 4.2.3 Propositiones que guían la Investigación .....   | 98  |
| 4.3 Metodología Cuantitativa de la Investigación.....  | 101 |
| 4.3.1 Exploración de fuentes secundarias de partos en Andalucía....  | 102 |
| 4.3.2 Análisis estadístico de la elección o no de las usuarias de<br>anestesia epidural durante el parto en el SSPA..... | 104 |
| 4.3.3 Fases del Análisis estadístico a usuarias del SSPA .....   | 106 |
| 4.4 Metodología Cualitativa de la Investigación.....   | 107 |
| 4.4.1 La Entrevista en Profundidad .....   | 110 |
| 4.4.1.1 Sobre los ejes temáticos de las entrevistas.....   | 111 |
| 4.4.2 Los Grupos de Discusión .....  | 113 |
| 4.4.2.1 Propuesta metodológica de los grupos de discusión.....   | 114 |

## **CAPÍTULO V: LOS PARTOS EN ANDALUCÍA, UNA REVISIÓN DE**

### **FUENTES SECUNDARIAS ..... 119**

|  |     |
|--|-----|
| 5.1 Consideraciones a tener en cuenta .....                              | 120 |
| 5.2 Características sociodemográficas de los progenitores.....           | 121 |
| 5.2.1 Edad.....  | 123 |
| 5.2.2 Estado civil .....   | 125 |
| 5.2.3 Nivel de estudios.....   | 127 |
| 5.2.4 Situación laboral y profesión .....                                | 129 |
| 5.2.5 Nacionalidad .....   | 130 |
| 5.2.6 Número de hijos.....   | 131 |
| 5.2.7 Tamaño del municipio .....   | 134 |
| 5.3 Características del nacido.....                                      | 135 |
| 5.3.1 Sexo y peso .....  | 135 |
| 5.3.2 Clasificación.....   | 136 |
| 5.4 Características del parto .....                                      | 137 |
| 5.4.1 Número de hijos en cada parto .....                                | 137 |
| 5.4.2 Tipo de parto: eutócico y distócico .....                          | 138 |
| 5.4.3 Tipo de parto: vaginal y cesárea .....                             | 139 |
| 5.4.4 Estancia media según tipo del parto .....                          | 150 |
| 5.4.5 Lugar de asistencias al parto .....                                | 152 |
| 5.5 Principales conclusiones de la revisión de las fuentes secundarias . | 156 |

## **CAPÍTULO VI: LA DECISIÓN DE LAS MUJERES DE USAR O NO LA ANESTESIA EPIDURAL DURANTE SU PARTO EN LOS HOSPITALES**

### **PÚBLICOS DE ANDALUCÍA..... 159**

|   |     |
|---|-----|
| 6.1 La anestesia epidural como técnica paliativa del dolor en el trabajo de parto .....                   | 160 |
| 6.2 La anestesia epidural en los hospitales públicos de Andalucía .....                                   | 162 |
| 6.3 Sobre el uso o no de la anestesia epidural.....   | 164 |
| 6.3.1 Análisis bivariados con las variables sociodemográficas .....                                       | 165 |
| 6.3.2 Universalización de la oferta de la anestesia epidural en el parto en los hospitales del SSPA ..... | 167 |
| 6.4 Modelos de Regresión Logística.....   | 170 |



|  |            |
|--|------------|
| 6.5 El impacto de la universalización de la anestesia epidural en los perfiles de las parturientas .....         | 172        |
| <b>•CAPÍTULO VII: DISCURSOS, EXPECTATIVAS Y DEMANDAS DE LAS MUJERES SOBRE SU PARTO.....</b>                      | <b>176</b> |
| 7.1 Introducción a los ejes temáticos analizados.....  | 177        |
| 7.2 El Sentido de la Maternidad.....   | 179        |
| 7.2.1 Separación de las esferas pública y privada .....  | 179        |
| 7.2.2 Principios de la Maternidad.....   | 186        |
| 7.2.2.1 La Maternidad Instintiva.....  | 186        |
| 7.2.2.2 La Maternidad Respaldada.....  | 188        |
| 7.2.2.3 La Maternidad Renovada .....   | 189        |
| 7.2.3 Emociones entorno a la Maternidad.....   | 191        |
| 7.3 La Educación Maternal .....  | 198        |
| 7.4 El Sistema Sanitario Obstétrico .....  | 205        |
| 7.5 El Dolor de Parto .....  | 216        |
| 7.6 El Ideal de Parto .....  | 226        |
| <b>- CONCLUSIONES .....</b>  | <b>236</b> |
| <b>•CAPÍTULO VIII: CONSIDERACIONES FINALES EN LA IDENTIDAD SOCIAL DE LA MUJER EN EL PARTO EN ANDALUCÍA .....</b> | <b>237</b> |
| 8.1 Principales conclusiones.....  | 238        |
| 8.2 Consideraciones finales y posibles líneas de investigación.....  | 246        |
| <b>- BIBLIOGRAFÍA .....</b>  | <b>248</b> |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 1: Estadística e informes de organismos e instituciones utilizadas y año de referencia.....  | 103 |
| Tabla 2: Características de las entrevistas en profundidad realizadas.....   | 113 |
| Tabla 3: Características de los grupos de discusión realizados .....   | 117 |
| Tabla 4: Estado civil de la madre en cada grupo de edad en España.....   | 126 |
| Tabla 5: Edad media de la madre por nacionalidad de la pareja en España  | 132 |
| Tabla 6: Número de hijos nacidos vivos en partos anteriores según nacionalidad de la pareja en Andalucía y España .....  | 133 |
| Tabla 7: Porcentaje de partos sencillos, dobles y triples según edad de la madre en Andalucía. Año 2013 .....  | 137 |
| Tabla 8: Porcentaje de partos normales o distócicos según sea un parto sencillo o doble en Andalucía. Año 2013.....  | 138 |
| Tabla 9: Edad media de la madre según lugar de residencia. Año 2013 .....  | 144 |
| Tabla 10: Edad de la madre según lugar de residencia .Año 2013.....  | 145 |
| Tabla 11: Porcentaje de cesáreas según sea parto sencillo o múltiple por Comunidad Autónomas .....   | 147 |
| Tabla 12: Tasa de cesáreas por Comunidades Autónomas y porcentaje de partos asistidos en hospitales del SNS. Año 2013. ....  | 150 |
| Tabla 13: Porcentaje de partos según lugar de asistencia por Comunidades Autónomas. Año 2014 .....   | 153 |
| Tabla 14: Estimación global del número de partos planificados en domicilios particulares por Comunidades Autónomas. Año 2013 .....   | 155 |
| Tabla 15: Utilización o no de la anestesia epidural durante el parto en Andalucía 2000-2012 según diferentes variables.....  | 166 |
| Tabla 16: Ganancia para los nodos finales del Árbol de Segmentación Jerárquica sobre utilización o no de la anestesia epidural durante el parto en Andalucía 2000-2012 .....               | 170 |
| Tabla 17: Regresión Logística binaria sobre el uso de la anestesia epidural durante el parto según variables sociodemográficas y año de atención hospitalaria en Andalucía 2000-2012 ..... | 171 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 18: Regresión Logística binaria sobre el uso de la anestesia epidural<br>durante el parto según variables sociodemográficas y año de atención<br>hospitalaria en Andalucía 2009-2012 ..... | 172 |
|--|-----|



## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |     |
|--|-----|
| Figura 1: Tasa de fecundidad en España desde 1960 hasta 2012 .....   | 121 |
| Figura 2: Tasa de fecundidad por países. Año 2013.....   | 122 |
| Figura 3: Edad de la madre en el parto en España. Año 2013.....  | 123 |
| Figura 4: Edad del padre en el parto en Andalucía. Año 2013.....   | 124 |
| Figura 5: Diferencia entre la edad del padre y la madre en el parto en<br>Andalucía. Año 2013 .....  | 125 |
| Figura 6: Edad de la madre en el momento del parto total y en el caso de que<br>no consten los datos del padre en Andalucía. Año 2013..... | 125 |
| Figura 7: Estado civil de la madre en España y en Andalucía. Año 2013 ....   | 126 |
| Figura 8: Nivel de estudios de los progenitores en España y en Andalucía. 128  |     |
| Figura 9: Profesión del padre y la madre en España. Año 2013 .....   | 129 |
| Figura 10: Porcentaje de mujeres que se dedican a las tareas del hogar por<br>Comunidades Autónomas. Año 2013 .....                        | 130 |
| Figura 11: Nacionalidad de la pareja de progenitores Año 2013.....   | 131 |
| Figura 12: Nacionalidad extranjera de la madre en España. Año 2013 .....   | 131 |
| Figura 13: Intervalo intergenésico en Andalucía. Año 2013 .....  | 133 |
| Figura 14: Tamaño del municipio de residencia de la madre y de inscripción del<br>nacido en Andalucía. Año 2013.....                       | 134 |
| Figura 15: Tamaño del municipio de inscripción del nacido en España y<br>Andalucía. Año 2013 .....   | 135 |
| Figura 16: Peso al nacer según número de niños en el parto .....   | 136 |
| Figura 17: Si nació vivo o muerto y si fue antes o durante el parto en Andalucía.<br>Año 2013 .....  | 136 |
| Figura 18: Porcentaje de partos distócicos según edad de la madre en España.<br>Año 2013 .....   | 139 |
| Figura 19: Tipo de parto en España. Año 2013.....  | 140 |
| Figura 20: Porcentaje de partos a término y prematuros por tipo de parto en<br>España. Año 2013 .....                                      | 141 |

|  |     |
|--|-----|
| Figura 21: Porcentaje de partos por cesárea según edad de la madre en Andalucía y España. Año 2013 .....   | 141 |
| Figura 22: Porcentaje de partos por cesárea por países. Año 2012 .....   | 142 |
| Figura 23: Porcentaje de partos por cesárea por Comunidades Autónomas. Año 2013 .....  | 143 |
| Figura 24: Porcentaje de partos por cesárea según sea el parto sencillo o doble en España. Año 2013 .....  | 146 |
| Figura 25: Porcentaje de partos vaginales y por cesárea en Andalucía. Año 2014 .....   | 148 |
| Figura 26: Porcentaje de partos vaginales y por cesárea en Andalucía según tipo de hospital público al que acudió. Año 2014.....   | 148 |
| Figura 27: Porcentaje de cesáreas según tipo de hospital. Año 2013.....  | 149 |
| Figura 28: Estancia media según tipo de parto en los hospitales públicos en España. Año 2013 .....   | 151 |
| Figura 29: Estancia media según tipo de parto y tipo de hospital público en Andalucía. Año 2014 .....  | 152 |
| Figura 30: Porcentaje de partos según lugar de asistencia. Año 2013 .....  | 154 |
| Figura 31: Evolución en porcentaje de las respuestas a la pregunta ¿Le pusieron anestesia epidural durante su parto? Usuarías de atención hospitalaria pública en Andalucía 2000-2012..... | 163 |
| Figura 32: Árbol de Segmentación Jerárquica (podado) sobre utilización o no de la anestesia epidural en el parto en Andalucía 2000-2012.....   |     |

## **RESUMEN**



Desde los orígenes de la cultura occidental, la identidad social de la mujer ha sido en gran medida definida por su condición de madre. Históricamente ha existido un determinado ideal de la maternidad que ha ido modelando la identidad social de la mujer para cada periodo.

En la actualidad parecen convivir diferentes formas de abordar e interpretar el proceso de parto y la maternidad, que reflejan diferentes identidades sociales. Con esta investigación se pretende abordar el análisis de las identidades sociales de las mujeres que se van a convertir en madres a través del análisis de su decisión sobre el tipo de parto que deseaban, el sentido que otorgan al dolor en ese proceso y la valoración de su proceso de parto. Para alcanzar dicha meta se ha considerado necesario un enfoque de investigación multimétodo que dé cabida a diferentes aproximaciones metodológicas, en este caso, la combinación de técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa, apostando decididamente por la necesaria complementariedad entre métodos.

Una metodología cuantitativa que posibilita realizar una revisión y explotación de datos y estadísticas oficiales de los partos principalmente en Andalucía, que ofrezca una primera aproximación contextual al objeto de investigación. Así mismo, se han analizado las características sociodemográficas de las mujeres que son atendidas para un parto en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, según demanden o no, la utilización de la anestesia epidural como medio para aliviar los dolores del trabajo de parto.

Una metodología cualitativa utilizada para analizar los discursos, expectativas y demandas de las mujeres que han tenido un parto, a través de las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión que se han realizado. Estas técnicas han posibilitado obtener toda la información necesaria para realizar un análisis de contenidos y poder responder a los objetivos planteados en esta tesis doctoral.

Los análisis realizados han permitido conocer los discursos que las mujeres tienen en torno al ideal de parto, que están vinculados fundamentalmente a cada uno de los tipos de identidad social de la mujer que en la presente tesis

doctoral se recogen. Estas identidades sociales de las mujeres en sus partos, contienen una estructura de significados reconocidos y compartidos colectivamente, que dan un sentido a su manera de entender el mundo y a sus acciones acercándose en mayor o menor medida a un tipo de identidad, que es particular y distintivo con respecto a las demás identidades sociales.

**PALABRAS CLAVE:**

Identidad social, anestesia epidural, maternidad, dolor de parto y género.

## **INTRODUCCIÓN**

El trabajo de investigación que sustenta esta tesis doctoral es heredero de una investigación que comenzó hace diez años, con un estudio sobre las características sociodemográficas de las mujeres que rechazaban el uso de la anestesia epidural durante el parto. Este primer trabajo en el que tuve la oportunidad de participar en el equipo de investigación y cuyos resultados finalmente se publicaron en la Revista Española del Dolor en 2010, generó la necesidad de seguir profundizando y tratar de dar respuesta a otras preguntas que se forjaron sobre las representaciones, prácticas y formas de concebir el parto que tienen las mujeres, y es en este ámbito donde se inserta esta tesis doctoral.

## El Estado de la Cuestión

Vivimos en un mundo caracterizado por la necesidad constante de intercambiar información, en el que casi lo único permanente es el cambio, donde el entorno social trasciende las fronteras de la construcción subjetiva de la identidad. La identidad, desde un punto de vista sociológico, se ha centrado históricamente en los procesos sociales formadores de representaciones de las similitudes y diferencias grupales, como también en la influencia que estos atributos culturales tienen sobre la acción colectiva. Si bien, durante el presente siglo, existe una corriente sociológica que pone especial interés en la necesidad de una visión integradora de la identidad, que satisfaga las relaciones entre la identidad personal y la identidad grupal, y que de respuesta al actual contexto de transitoriedad, forjado desde la multitud creciente de pensamientos, perspectivas y opiniones que se plasman hoy en día en la sociedad.

Esta nueva perspectiva sociológica, que surge desde otras disciplinas sociales, respalda una teoría de la Identidad Social que no sólo entienda la identidad como una herencia adscrita a una clase social, o como la obligatoria uniformidad de comportamientos, sino como un rasgo que se adquiere a través de la interrelación, negociación y acuerdo con otras personas que dan como

resultado una forma de pensamiento análoga. La identidad social no sólo es el rol o el papel que el individuo debe desempeñar en una sociedad, sino que también se concibe a través de la similitud e integración de las categorizaciones sociales de cada grupo y que posteriormente a la asimilación y reflexión (consciente o no), generan un tipo habitual de comportamiento (Stets y Burke, 2003; Jenkins, 2008; Elliot, 2013).

La identidad social razonada desde una visión más integradora del individuo, grupo y sociedad, resulta clave para comprender los posicionamientos discursivos de las mujeres sobre su parto. El parto es un ámbito de estudio transcendental para refutar y revisar la formación de la identidad social de las mujeres, al menos de aquellas que son madres. Un proceso cognitivo que se manifiesta en las preferencias y expectativas que se construyen en la interacción, para verificar su identidad en situaciones donde son propicias las expectativas socioculturales. La maternidad en general, y el parto en particular, se caracterizan por desarrollar una serie de normas que parecen reglar cómo las mujeres deben pensar, sentir y actuar.

La identidad social de la mujer ha estado y, en ocasiones, está estrechamente condicionada por la maternidad, ya que ha sido considerada la condición femenina por excelencia, e incluso la misma esencia femenina (Saletti, 2008). El ideal de maternidad no ha estado ajeno a las distintas corrientes sociales y culturales que han adquirido protagonismo en nuestra historia. En cada período histórico y ámbito sociocultural, por tanto, ha existido un determinado ideal de la maternidad, con una serie de discursos, prácticas sociales e incluso mitos, que se veían reflejados en las políticas y las instituciones; todo lo cual ha modelado una identidad social de la mujer propia de ese momento, aunque no necesariamente única, ya que en momentos de rápido cambio como los actuales, la convivencia de diferentes identidades más o menos prevalentes es lo habitual. Estas identidades sociales cambiantes analizadas desde la teoría de la identidad social, no son estocásticas, sino que surgen en contraste y relación con los anteriores y dichos cambios inmanentes, una especie de destino de todo el sistema sociocultural.



Las mujeres, a través de sus discursos sobre el parto, visualizan el conjunto de significados que modelan y conciben su identidad social, con la formulación de categorizaciones sociales preconcebidas, que van incorporando a su propia trayectoria, reproduciendo pensamientos, actitudes y comportamientos que configura y dan cuenta de una determinada identidad. La forma en que las mujeres construyen y modifican el contexto social del parto, a través de la adquisición de valores, relato de las afirmaciones en torno a este hecho, y la manera de interactuar con los demás, son origen y consecuencia de su identidad social. Por ello, el discurso social de las mujeres sobre su parto ideal, se convierte así en uno de los mejores proxis para analizar las representaciones sociales que modelan la identidad social de las mujeres. En ella, se mezclan imágenes, percepciones, y sentimientos que orientan las prácticas de las personas en la vida cotidiana y, al mismo tiempo, son interiorizadas por cada ser formando parte de su universo simbólico. Las representaciones o identidades sociales ofrecen referentes al comportamiento propio en la vida cotidiana, se asimilan en cada subjetividad e inciden en la formación de la identidad.

## Estructura de la tesis doctoral

Esta tesis doctoral está estructurada en ocho capítulos que se encuentran agrupados en tres grandes apartados: marco teórico, investigación empírica y conclusiones. Cierra este trabajo la bibliografía utilizada.

El marco teórico ocupa los tres primeros capítulos de la tesis doctoral. En el primer capítulo se hace una aproximación al concepto de Identidad desde los distintos ámbitos académicos de las ciencias sociales que así lo han hecho. Se analizan los puntos en común y diferenciadores, en la forma de entender la Identidad y el interés en desarrollar este concepto en su campo. Posteriormente, se hace un pequeño repaso de cómo el Interaccionismo Simbólico ha entendido la Identidad, a través de los análisis de sus dos grandes exponentes: George H. Mead y Erving Goffman. El capítulo se cierra

con el desarrollo de cómo se ha construido la Identidad en la Modernidad y la Postmodernidad, así como con el análisis de los elementos claves en cada una de las etapas: elementos comunes y diferenciadores.

El segundo capítulo trata de acercarse al verdadero marco teórico de esta tesis: la Identidad Social. El capítulo toma como punto de partida la perspectiva de la Psicología Social, que originalmente concibió este concepto teórico. A continuación, se repasan las principales aportaciones académicas de los psicólogos sociales más relevantes que trabajan en la Identidad Social, Henri Tajfel y su Teoría de la Identidad Social, y su discípulo John C. Turner y su Teoría de la Categorización del Yo. Para finalizar se introduce la perspectiva sociológica en la Identidad Social, y la necesaria búsqueda de una teoría más integradora de la Identidad Social que abarque a la sociedad y la reconozca como elemento clave y delimitador en las dinámicas internas propias de la identidad social.

En el capítulo tercero, se aborda teóricamente la Maternidad y el Dolor de Parto. En un primer apartado del capítulo se revisan los espacios semánticos de la Maternidad para posteriormente en el epígrafe dos proponer una serie de modelos analíticos o tipos ideales de mujer en relación al parto. A continuación, se profundiza en el sentido del dolor del parto en nuestra sociedad, para posteriormente abordar el tema de la percepción y el valor social de su alivio. Cierran el capítulo una serie de conclusiones en torno a la dimensión social del dolor en el proceso de parto y la maternidad.

La investigación empírica que sustenta esta tesis doctoral, se justifica y da cuenta de sus resultados en los siguientes cuatro capítulos. En el capítulo cuarto se presenta el diseño metodológico desarrollado para alcanzar los objetivos de la investigación. Por un lado, explicando la estrategia de investigación, objetivos y proposiciones que guían este trabajo; y por otro lado, detallando las dos metodologías empleadas (cualitativa y cuantitativa). En relación a la metodología cuantitativa, se presentan y justifican las fuentes y los procesos de análisis seguidos para la exploración de fuentes secundarias de datos sobre partos y el material y métodos utilizados para el análisis estadístico de la elección o no de la anestesia epidural por parte de las mujeres que son

atendidas en su parto en el sistema sanitario público andaluz. Finalmente, el capítulo cuarto da cuenta de las técnicas y estrategias de análisis utilizadas en la fase cualitativa de la investigación, describiéndose y argumentándose las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión implementados.

El quinto capítulo está dedicado a exponer los resultados de la revisión de fuentes secundarias de datos relativos a partos esencialmente en Andalucía, aunque también utilizando comparaciones con otros datos a nivel nacional e internacional. Se presentan los análisis realizados con los datos producidos por organismos oficiales como el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Centro de Atención Especializada del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (SIAE), del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Servicio Nacional del Salud y/o del Servicio Andaluz de Salud, de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), entre otros. Información secundaria muy rica que ha sido analizada a modo de contexto en base a diferentes variables sociodemográficas de las progenitoras, a las características del nacido y a las particularidades de los partos.

En el sexto capítulo se profundiza en el análisis de la elección de las mujeres de utilizar o no anestesia epidural durante su parto, en los hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA). En este capítulo se describe, en primer lugar, la evolución de la prestación de este servicio (anestesia epidural en el parto) así como su utilización por parte de las mujeres que tuvieron un parto en el periodo comprendido entre el 2000 y el 2012. En segundo lugar, analizar cómo se ha ido modificando el perfil de las mujeres que utilizan esta técnica paliativa del dolor, a través de las variables que tienen un mayor impacto en el uso o no de la anestesia epidural en el trabajo de parto. En tercer lugar, el capítulo finaliza exponiendo el impacto de una política pública como es la universalización de la oferta de la anestesia epidural en el parto y sus efectos sobre la decisión real de utilizarla o no.

El séptimo capítulo contiene los resultados del análisis conjunto de la información recabada mediante técnicas cualitativas, los diez grupos de discusión y las diez entrevistas en profundidad realizadas. Los resultados se presentan en base a una serie de ejes temáticos fundamentales para responder

a nuestros objetivos como son: el sentido de la maternidad; la educación maternal; el sistema sanitario obstétrico; el dolor de parto y el ideal de parto de las mujeres.

Definitivamente, el último apartado de la tesis está dedicado a las conclusiones. El capítulo octavo recoge las principales conclusiones de la investigación atendiendo a los objetivos que orientaban y motivaban esta tesis.

El texto finaliza con un apartado dedicado a la bibliografía utilizada en la elaboración de la presente tesis doctoral.

## **MARCO TEÓRICO**

## **CAPITULO I:**

### **EL DISCURSO ACADÉMICO SOBRE LA IDENTIDAD**

## 1.1 Introducción al concepto de Identidad en Ciencias Sociales

La cuestión de la identidad se ha conformado como una de las preguntas ancestrales de la historia del pensamiento humano, si bien, en cada contexto histórico y social se le ha dado una respuesta diferenciada. La forma en que los seres humanos organizamos nuestras vidas, el modo en que construimos y modificamos nuestro entorno, la adquisición de valores o formación de nuestras creencias, la manera en la que interactuamos con los demás, etc, están influenciadas por nuestra identidad.

La identidad se establece tanto como una realidad dinámica que hace referencia a determinados hechos cruciales para nosotros (saber quiénes somos, o quiénes somos frente a “otros”), como frontera del yo frente a los otros.

En el estudio de la identidad se ha llegado a la conclusión de que no puede desarrollarse sin la armonía entre los deseos individuales y los sociales, por lo que es fundamental llegar a su análisis desde distintas disciplinas. Con la Postmodernidad, las relaciones sociales transitorias y superficiales aumentan, se multiplican los patrones de comparación disponibles en la cultura, lo que, junto a otros elementos, ha generado cierto consenso en las Ciencias Sociales sobre la necesidad de repensar el concepto de identidad.

Poder esbozar la identidad de forma completa supone examinar su multidimensionalidad, ya que abarca aspectos sociológicos, psicológicos, históricos, biológicos y, por supuesto, culturales. En definitiva, la cuestión de la identidad se ha constituido como uno de los aspectos unificadores en Ciencias Sociales que, desde la década de los noventa del pasado siglo, ha generado un importante foco de interés para disciplinas como la Antropología, Psicología, Sociología... (Jenkins, 2004).



### 1.1.1 La identidad entendida desde la Antropología

Históricamente la Antropología ha sido una de las Ciencias Sociales que más ha trabajado en el concepto de identidad, para el cual la cultura es uno de los pilares fundamentales a la hora de abordarlo. La cultura la podemos definir como la organización social del sentido interiorizado de modo relativamente estable por los sujetos en forma de esquema o de representaciones compartidas, y objetivas en "forma simbólica" (Giménez, 2005). Con esta definición, el concepto de identidad no se puede entender aislado de la cultura, ya que las identidades sólo pueden formarse a partir de las diferentes culturas y subculturas. El reconocimiento de la diversidad cultural, que se manifiesta tanto interculturalmente como intraculturalmente, existiendo diferencias, aunque nos refiramos a la misma cultura, ha sido el signo de la mirada antropológica sobre la identidad (Augé, 1995, 1996). Los distintos contextos culturales influyen de manera significativa en el sentido del discurso que construyen las personas, así como en dar coherencia y sentido a su vida como un ser social y cultural en proceso tanto de unificación con los otros, como de distinción para situarse a sí mismo como persona única. La identidad es un proceso de autointerpretación mediado por estructuras sistémicas y narrativas; y como todo proceso interpretativo implica una dimensión moral, de imputación de responsabilidad, no de mera agencialidad (Ricoeur, 1991).

La Antropología ha puesto el foco de interés dentro del estudio de la identidad en estudiar la esencia de la personalidad en sus diversas exposiciones sociales, culturales y psíquicas, en donde el ser humano es el depósito en el que se ubica la cultura, se manifiesta, se construye y reconstruye las propias identidades del individuo. Al hablar de la reconstrucción de las propias identidades, estamos introduciendo una característica fundamental en el estudio antropológico de la identidad y es que es un proceso. La identidad no es entendida como una esencia con la que se nace, que permanece fundamentalmente igual durante toda nuestra vida independientemente del contexto social en el que nos encontramos. La identidad se manifiesta como el proceso de construcción mediante el que la persona se va definiendo a sí misma en estrecha interacción con otras

personas. Ésta construcción de la identidad para la Antropología es fundamentalmente cultural, donde las personas se definen en los términos de ciertas categorías compartidas, cuyo significado está culturalmente definido, tales como: etnia, sexualidad, profesión, religión, nacionalidad... Estas categorías son las que tradicionalmente ha denominado la Antropología como identidades colectivas “la noción de nosotros”, que las personas adquirimos a través de la interacción con las otras con quienes nos comunicamos y nos relacionamos. Los mecanismos a través de los cuales se cimenta la identidad colectiva no son siempre los mismos.

En las sociedades tradicionales, caracterizadas por la homogeneidad social, los individuos internalizan la estructura de significados reconocidos y compartidos colectivamente y que dan sentido a la forma de interactuar bajo un solo referente. El individuo en las sociedades tradicionales se confunde con el grupo y el pasado representa un modelo moral y cultural en una única entidad cohesionada (Azcona, 1984). Por el contrario, en las sociedades modernas, existe la posibilidad de pertenencia a distintos grupos al tiempo y la adquisición de la identidad colectiva es más compleja y diversa. Los distintos repertorios culturales, algunos de los cuales coinciden y otros se contradicen con la identidad colectiva, junto con elementos a través de los cuales se transmiten esos repertorios son también múltiples, por lo que el proceso de internalización se complica aún más (Arteaga, 2000). No solo la identidad colectiva de cada subgrupo posee su propia cultura, sino que además, se encuentra determinada por varios grupos con diferente nivel de adscripción como son categoría profesional, familia, pueblos, nivel de estudios y otros.

La Antropología al mismo tiempo que destaca a la identidad como un proceso, la señala como un acto consciente. Los individuos adquieren una identidad e identificación respecto a un colectivo frente a otras posibilidades, lo cual supone un acto discursivo interiorizado de comparación, selección y significación de determinadas prácticas y representaciones culturales como emblema de contraste o etiquetaje social. La cultura entendida como estructura de significados incorporados en formas simbólicas a través de los cuales los individuos se comunican, es el hábitat idóneo de la identidad como discurso

colectivo construido en la interacción con otros mediante ese patrón de significados culturales.

La identidad se vive en un consciente diálogo con los otros, se descubre dentro de uno mismo, pero implica necesariamente identidad con otros (Kuper, 2001). La identidad es consciente, dada la necesidad de los individuos de cualquier cultura en ser reconocidos y reconocerse en unas determinadas cualidades propias y reconocidas por los demás. Esto introduce otra de las características que ha destacado la Antropología en su análisis de la identidad y es, su carácter dual. La identidad colectiva no puede quedar aislada de la identidad individual y viceversa (nosotros vs yo). Ambas identidades se retroalimentan en el proceso de socialización, tanto a nivel intersubjetivo como en su estructura subjetiva, por lo que la identidad es producto de la red de relaciones sociales e ideológicas.

La identidad, en tanto construcción ideológica, cambia junto con los contenidos culturales y los contextos sociales en los que se manifiesta, ya que no hay identidades inmutables sino procesos sociales de identificación (Bartolomé, 2007). Estos procesos sociales deben ser analizados desde una perspectiva macro y micro en el cambio del sistema simbólico de las relaciones sociales. A nivel macro los cambios en la identidad se manifiestan con mayor lentitud al estar influenciada por los hechos históricos, económicos y políticos. En este proceso histórico los individuos reconstruyen su pasado para mantener y crear su propia identidad, seleccionando y reconstruyendo hechos del pasado (Chapman et al., 1989) que son reinterpretados (Hamer, 1984) en el presente y que se sirven para sustentar la identidad colectiva como individual. Mientras en el contexto microsocial, la identidad al estar en relación con las dinámicas cotidianas de los individuos y grupos sociales implicados, los cambios son más evidentes. En las dinámicas sociales, existe una permanente construcción recíproca entre los distintos actores sociales. El individuo trata de mostrarse según las pautas sociales deseables escogiendo un rol que le defina y los demás interpretan su actuación desde unos códigos disponibles y compartidos por todos los miembros de una cultura.

### 1.1.2 La interpretación de la identidad desde la Psicología

La identidad es una necesidad esencial del ser humano en la búsqueda de la respuesta a la pregunta: “¿quién soy yo?” La psicología en sus primeras tentativas a hora de definir la identidad la plantea como una posesión idiosincrática y particular de la persona (*self*), núcleo natural, diferenciado y propio. Las primeras definiciones de identidad fueron estudiadas, en sus orígenes, desde la perspectiva psicoanalítica, desde el "yo" como fuerza integradora del ser humano. El ser humano, como individuo que se enfrentaba a la presión de unas normas sociales.

Posteriormente con el desarrollo de la Psicología Social, la pregunta de ¿quién soy yo?, gana en dimensionalidad al introducir, ¿cómo soy de diferente del resto? Así, el tratar de entender lo que somos y la manera como nos reconocemos, recobra un nuevo ímpetu dentro de los debates sobre el sujeto. A diferencia de la tradición en psicología que trata por separado la identidad y el *self*, la psicología social desarrolla estos conceptos de manera interrelacionada a partir de la construcción que se hace en las transacciones entre el individuo con su ambiente psicosocial. En el discurso sobre la identidad en psicología social se ha enfatizado en dos aspectos:

a) las expresiones internas del individuo, que lo hacen comportarse de una manera estable una vez integrada durante la infancia, a lo largo del tiempo o de la vida de la persona y que a la vez lo hace reconocible por parte de los demás,

b) como reconocer la importancia fundamental que tiene el contexto en la creación de nuestras identidades y no tanto en la cultura (Ratner, 2008; Valsiner, 2001). En este sentido, distintos estudios muestran cómo puede expresarse una determinada autodefinición en función del contexto de actividad en el que se participa (Oyserman y Lee, 2008).

La noción de identidad comprende el sentimiento y la experiencia interna de la mismidad, ser uno mismo de forma coherente y continua a pesar de los cambios internos y externos. Así la identidad es entendida como una unidad personal, que se constituye a partir de las relaciones dinámicas que los individuos mantienen entre sí (Erikson, 1968). El concepto de identidad en

Psicología, está muy relacionado con el legado teórico de Erik Erikson que transformó las bases del desarrollo propuestas por Freud en su "Teoría de las Etapas Psicosociales", de desarrollo de la personalidad, comenzando a entender ese "quiénes somos" en oposición a "cómo somos con los demás". Erikson consideraba que el "yo" era la parte de la mente que daba coherencia a las experiencias tanto conscientes como inconscientes. Es la fuerza vital o capacidad organizadora que surge del contexto genético, socio-cultural e histórico del individuo. El desarrollo del yo, su capacidad adaptativa, su poder para enfrentar la tensión o para resolver conflictos, recuperarse y contribuir a la formación de la identidad (Fernández, 2012).

La identidad se puede entender por como un proceso propio que parte de la esencia del sujeto, de su naturaleza, y se refleja en su manera de actuar (Burr, 1995) que está ligado a la afectividad humana, como señala Erik Erikson. Es una necesidad afectiva ("sentimiento"), cognitiva ("conciencia de sí mismo y del otro como personas diferentes") y activa (el ser humano tiene que "tomar decisiones" haciendo uso de su libertad y voluntad).

Por otro lado, la identidad se puede entender como proceso ajeno entendido como las características que posee un individuo, mediante las cuales es conocido por los demás. Las interpretaciones que los demás hacen sobre nosotros mismos conforman buena parte de nuestra identidad personal, que comienzan desde nuestra existencia hasta nuestra muerte. Así la identidad tiene que ver con nuestra historia de vida, que será influida por nuestras interpretaciones y por las que predominan en la época y lugar en que vivimos. La situación en la que se encuentra el individuo conlleva una percepción y discurso que en ocasiones puede llevar a un choque con nuestra propia identidad individual. La conducta humana debe ser descrita en términos de la interacción recíproca entre determinantes cognoscitivos, conductuales y ambientales (Bandura, 2002). Por lo tanto, hay en este concepto un cruce individuo-grupo-sociedad, por un lado, y de la historia personal con la historia social, por otro.

Para la Psicología Social es esencial la función que tienen las categorías grupales en el proceso de construcción tanto de la identidad personal como

colectiva. Los seres humanos hemos crecido en el seno de grupos que han contribuido a conformar nuestras creencias y actitudes. La categoría grupal proporciona una identidad o posición social y, al mismo tiempo, funciona como perspectiva de percepción de la realidad. En esta percepción parece que haya siempre implícito un proceso de comparación grupal que genera un “nosotros” frente a un “ellos”, proceso en el cual emerge el estereotipo, el prejuicio y la discriminación. Estas categorías grupales son esenciales a la hora de generar y desarrollar una identidad colectiva, siempre que las personas integren las estructuras como propias. El individuo, desde su identidad personal, debe percibir que participa en la construcción o reconstrucción de las identidades colectivas a la vez que su identidad personal es modelada por la pertenencia y participación en las distintas colectividades. El término identidad, es también la capacidad de compartir caracteres esenciales con otros (Erikson, 1968).

### 1.1.3 El interés de la Sociología en la identidad

La visión de la identidad en la Sociología hasta el último tercio de siglo XX ha sido principalmente con “enfoque estructuralista”, donde no tuvo el concepto un papel central en la teorización, sumergiéndose en el ámbito psicológico de la personalidad a excepción de sociólogos clásicos como George Mead y Talcott Parsons (Alexander, 1992). La identidad se entendía como un ejercicio de autorreflexión, a través del cual la persona pondera sus capacidades y potencialidades, tiene conciencia de lo que es como persona y como miembro de un grupo que se diferencia de otros grupos. Los trabajos sociológicos tomaban determinadas categorías de la obra de Emile Durkheim desde el funcionalismo estructural, donde los hechos sociales se entienden externos al individuo. Así, los hechos sociales pueden ser estudiados de forma análoga a como lo hacen los científicos naturales con los fenómenos de su disciplina, centrando el estudio en los fenómenos macrosociales y obviando aspectos referidos a la subjetividad humana. Otros clásicos de la sociología como Max Weber, centran sus esfuerzos en conocer la identificación subjetiva del individuo, donde los miembros de un grupo acentúan su propia percepción de pertenencia en base a criterios “objetivos” de la identidad colectiva.

Si bien, a partir de la década de los setenta se aborda la dimensión colectiva de la identidad, asociada a la emergencia de los movimientos sociales, las ONG, las reivindicaciones regionales o las migraciones. Otros trabajos que analizan críticamente los conceptos de Max Weber sobre el significado subjetivo, la acción social y la inter-subjetividad, asientan las bases de una línea teórica que sería aplicada al análisis de la identidad (Schutz, 1972), donde el individuo ha dejado de ser un personaje, un miembro de grupos, para ser un “sujeto societario” (Dubar, 2002). A partir de este momento, una de las principales fortalezas que ha tenido el concepto de identidad en Sociología es su gran producción en investigación. No obstante, el continuo debate entre los distintos autores, ha llevado consigo tal variedad en las interpretaciones del concepto que se hace necesaria una revisión desde las distintas corrientes que han modelado el termino sociológico para su mayor éxito y utilidad (Dubet, 1987).

El interés por el concepto de identidad tomó una nueva fuerza dentro de la teoría sociológica, con una elaboración teórica basada principalmente en las aportaciones empíricas realizadas desde distintas corrientes que señalan la importancia de entender la identidad como un proceso continuo de relación:

- a) Desde el interaccionismo simbólico, la identidad es entendida como una relación, no se estudia como cualidades del individuo sino en relación con los otros, "debemos ser los otros si queremos ser nosotros mismos" (Mead, 1934). La unidad mínima para investigar es, por tanto, dos individuos en interacción, una perspectiva microsociológica que resta en parte importancia a la estructura social.
- b) Desde el campo de la Antropología Social, los trabajos etnográficos señalan la identidad como categoría semejante a la de rol, que no puede ser definida en términos absolutos, sino únicamente en relación con un sistema de identidades. Se abre, así una nueva noción de identidad, que se autoperpetúa, ya que comparte valores culturales fundamentales que son exteriorizados a través de la comunicación e interacción con los miembros de un grupo, que se autoidentifican y son



identificados por otros como pertenecientes a una categoría (Barth, 1969).

- c) Desde la Psicología Social, la identidad empieza a ser considerada en parte como algo que ya no es revelada o descubierta, sino que es construida en la identificación de cada individuo y va a estar determinado por el lugar que éste ocupa dentro de la corriente del proceso social. La identidad es entendida como identificación desde el otro, es decir, somos identificados por y a través de los otros en la interacción social (Torregrosa, 1983).

Al entender desde la Sociología, la identidad, como un proceso continuo de relación, se hace necesaria su práctica social a partir de representaciones mentales, actos de percepción y apreciación, de conocimiento y reconocimiento y de representaciones objetales (Bourdieu, 1979). Estas representaciones a su vez están en constante lucha por el poder, “luchas de hacer ver y de hacer creer, de hacer conocer y hacer reconocer, de imponer la definición legítima de las divisiones del mundo social” (Bourdieu, 1979). Igualmente, al señalar que en la construcción de la identidad (ser percibido que existe fundamentalmente en virtud del reconocimiento de los demás) se halla en juego la imposición de percepciones y de categorías de percepción (Bourdieu, 1979).

Las dos características que desde la Sociología se han remarcado sobre la construcción de la identidad (proceso relacional e imposición de percepciones y categorías), nos llevan a una ineludible consecuencia: la identidad no es única ni originaria. Nuestra sociedad actual, caracterizada por el pluralismo ha generado una crisis de sentido en la sociedad, donde las condiciones estructurales tienden a desestabilizar el status de “algo dado” conferido a los sistemas de sentido y valores que orientan la acción y sustentan la identidad (Berger y Luckmann, 1997).

La construcción social de la identidad consiste en una relación negociada con el entorno social, en libertad y voluntariamente. No de manera autodeterminada, sino en coparticipación con los otros en la conformación de lo que somos, es decir, de nuestra propia identidad y de nuestra historia (Taylor, 1996). La identidad es construida por el individuo a partir de los recursos que le

proporciona su trayectoria social, considerada como una historia subjetiva que da a la identificación una naturaleza narrativa y reflexiva cambiante (Dubar, 2002).

La identidad por tanto está relacionada con la experiencia cotidiana, no es algo establecido, sino que se va construyendo a lo largo de la existencia del individuo, a través de la relación con otros individuos. La identidad es, ante todo una construcción subjetiva, resultado de las interacciones cotidianas, a través de las cuales los sujetos delimitan lo propio frente a lo ajeno (Castells, 1998).

Como consecuencia, la construcción de la identidad se convierte en un proyecto que implica libertad de elección, que incluso puede generar inseguridad o incertidumbre.

En el actual contexto social donde las distintas identidades están progresivamente fragmentadas y fracturadas, que en ocasiones pueden ser antagónicas o incluso entrecruzadas, se da un caldo de cultivo que propicia la incertidumbre personal. No existe la homogeneidad interna en la identidad, su unidad aunque se establezca como algo natural es construida, donde se reclama como necesario a un "otro" aunque trate de silenciarlo (Bauman, 1997).

En definitiva, las identidades que están basadas en elementos universalmente compartidos, aboga por las diferencias, parciales, temporales, contingentes, relacionales, en continuo proceso y siempre buscan ser completas (Bauman, 1997). Las identidades son, pues, una invención moderna, es el nombre dado a la huida buscada de la incertidumbre, desde el "problema" moderno de la libertad de elección que surge con el cambio social, y de no saber con certeza dónde uno se ajusta al orden de cosas (Bauman, 1997). Con el paso a la sociedad postmoderna, la identidad ha dejado de ser algo dado y se ha convertido en una tarea individual, aunque hay modelos que nos guían en cuanto a qué identidades son posibles de lograr (Bauman, 2001).

## 1.2 La identidad en el interaccionismo simbólico

En el primer epígrafe de este capítulo se ha introducido muy brevemente la visión que tienen disciplinas como la Antropología, la Psicología y la Sociología sobre la noción de la identidad. Una corriente de pensamiento común a estas disciplinas y que es clave para construir de forma completa el concepto de identidad, es el Interaccionismo Simbólico. Esta corriente se desarrolló principalmente durante la primera mitad del siglo pasado, nace en la Escuela de Chicago, pero fue denominada con este término por el sociólogo alemán Herbet Blumer que fue discípulo de George H. Mead. El Interaccionismo Simbólico surge de una preocupación por el lenguaje, pero a diferencia del Estructuralismo, focaliza su interés en el individuo como sujeto activo y creador de acciones y representaciones sociales por encima de cualquier otro enfoque teórico.

Las personas, como sujetos y objetos de la comunicación, vamos conformando nuestra personalidad inmersos en el proceso de socialización, tenemos conciencia y actuamos guiados por el significado que se le atribuyen a las cosas. Dicho proceso está caracterizado por la acción recíproca y constante de elementos objetivos y subjetivos en interacción, que es la base para la construcción de consensos en torno a las definiciones de la realidad social. La conducta del individuo solo se puede explicar en términos de la conducta organizada del grupo social, y no como la suma de las distintas conductas de los diferentes individuos que pertenecen al grupo. Así, el científico social que quiere entender la conducta debe introducirse en el mundo de los sujetos que estudia para interpretar la realidad de la misma forma en la que los sujetos lo hacen, descifrando los significados y definiciones que hay detrás de las categorías que utilizan en su contexto, ya que lo social explica lo individual y no a la inversa.

Podemos afirmar que las raíces históricas de esta corriente son:

- a) Pragmatismo, dado el peso que se da a la acción de los individuos para la existencia de la verdadera realidad, que no existe fuera del

mundo real y porque el conocimiento se basa en lo que las personas consideramos útil, definiendo los objetos (tanto físicos como sociales), de acuerdo con su utilidad. Para poder llegar a comprender a los individuos, debemos analizar lo que hacen en el mundo, siendo fundamental el análisis de la interacción entre el actor y el mundo como elementos de un proceso dinámico y no como estructuras estáticas. Todo ello confiere una gran importancia a la capacidad del actor para interpretar el mundo social. Para el pragmatismo, en el proceso de pensamiento de los actores existen cinco fases: Primero, la definición de los objetos del mundo social; segundo, la determinación de los posibles modos de conducta; tercero, la anticipación de las consecuencias de cursos alternativos de acción; cuarto, la eliminación de posibilidades improbables; y quinto, la elección del modo óptimo de acción (Stryker, 1980).

- b) Conductismo, pero con una representación más social que individual, con especial interés en las conductas empíricamente observables de los actores sociales y con una concepción más creativa del actor. Mead se apoyó en esta corriente, pero no sólo en las conductas observables, sino que focalizó su interés sobre los aspectos encubiertos de la conducta, así trató de extender la ciencia empírica a lo latente, a lo que ocurre entre el estímulo y la respuesta (Meltzer, 1978).

Siguiendo a Blummer (1969), encontramos como premisas básicas en las principales investigaciones empíricas realizadas desde esta corriente, las siguientes:

- Las personas actuamos en función del significado que atribuimos a los objetos y situaciones que nos rodean.
- El significado resuelto surge de la interacción social que nosotros como individuos tenemos con las demás personas.
- Los significados atribuidos se utilizan como un proceso de interpretación efectuado por las personas en su relación con los sucesos que encuentra, y se modifican a través de dicho proceso.

En base a lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que la proposición fundamental es entender a las personas como seres sociales que viven en interacción con el resto, y observar cómo los procesos de interacción alcanzan un peso relevante en la configuración del significado para el individuo y su consecuente influencia a la hora de construir su identidad.

### 1.2.1 George Herbert Mead

Como hemos comentado anteriormente, el Interaccionismo Simbólico nace en la Escuela de Chicago, siendo George H. Mead su máximo exponente. El autor, tiene una enorme influencia en posteriores teóricos que desarrollaron sus análisis en un gran número de investigaciones sobre la identidad, especialmente a partir del último tercio del siglo XX, con una visión bien distinta a la perspectiva funcionalista. Mead desarrolla una teoría de perspectiva micosociológica, donde la conducta del individuo está condicionada, que no determinada, por las interacciones sociales más cercanas que soporta el individuo. Las relaciones de las personas en escala reducida, serán el punto que defina y modifique las normas, roles y creencias de las personas. La formación de la personalidad de un ser humano se produce en cuanto a su participación en una sociedad determinada y no solamente como se había sostenido, a través de un proceso individual e interno. La intención con la que actúa el emisor y la interpretación que le da a ese mismo acto el receptor, forman el significado de la conducta para cada parte de la interacción. A saber, para entender por qué nos comportamos de una determinada manera, lo más importante es saber el significado que ésta tiene para nosotros y los demás, y no tanto la conducta en sí.

Éste filósofo pragmático, psicólogo social y por supuesto sociólogo tiene como obra más célebre *“Mind, Self and Society”* de 1934, se trata de una recopilación posterior a su muerte que recogía las notas de las lecciones que dio en la Universidad de Chicago. Para Mead, la vida en grupo es la condición esencial para el surgimiento de la conciencia, la mente, el mundo de los objetos, seres humanos como organismos en posesión de *Selves* y de la

conducta humana en forma de actos contruidos (Blumer, 1969). Cuando Mead nos habla de unos seres humanos en posesión de *Selves*, se entiende que este ser es un objeto para sí mismo. La persona puede distinguirse, tener una conciencia de sí mismo y considerarse reflexivamente, es decir, hacia sí mismo. Una conducta que se adecúa a las actitudes de acuerdo al papel que la persona libra en situaciones sociales determinadas. Para Mead, el ser humano toma conciencia de sí mismo como ser individual y social cuando lo hace a partir de la introducción y participación en la sociedad donde interioriza una serie de papeles generales, es decir, una apropiación del yo generalizado. Las actitudes optadas se asientan siempre en un proceso en el cual la persona había interiorizado una serie de papeles universales aceptados por la sociedad, que Mead denominó "el otro generalizado", que permiten a la persona verse y experimentarse como un objeto observable de su propia conducta, que nos lleva a la siguiente reflexión: tener conciencia de nosotros mismos a partir de la interacción con los otros.

Desde la tradición de la Psicología, el sistema nervioso había tenido una posición protagonista en la lógica de la conciencia, pero, aunque es importante, tan sólo ocupa una etapa importante en el acto y no la totalidad del entorno del individuo. Por ello cree Mead que el conductismo ha sido bienvenido con alivio incuestionable para la psicología, puesto que ha estudiado la conducta de los animales ignorando necesariamente la conciencia, y se ha ocupado del acto como un todo (Mead, 1925). Aun así, bajo estos supuestos no se resuelven los problemas con los que uno se dirige hacia la conciencia, en palabras del autor, todavía resulta un término ambiguo para la psicología. Mead sostiene que la persona queda definida como el resultado de su contexto social y la presencia del *Self*, todo lo cual nos convierte en un tipo muy especial de actores, transformando nuestra relación con el mundo y dando a nuestra actuación un carácter único. Esta relación y actuación se fundamenta en aplicar ciertas actitudes como respuesta a las exigencias del entorno social, donde respondemos a estímulos externos e internos con base en los papeles que ya hemos interiorizado (Mead, 1982). Así, a diferencia del conductismo, Mead entiende al acto social como un todo dinámico donde no puede diferenciarse un estímulo-acción y una respuesta-reacción en la conducta de

las personas, ya que ninguna parte puede ser entendida por sí, y el todo no puede ser comprendido desde la parte.

Volviendo al concepto de *self*, es importante señalar que es clave en la obra de Mead, en “*Mind, Self and Society*” para Mead el *self* surge cuando uno puede tomar la actitud de otro y actuar con uno mismo del modo como los otros actúan con uno. A saber, se entiende por “*self*” en términos de un proceso dialógico entre el *I* y el *me*.

- *I* es la respuesta de la persona en las actitudes de los otros (yo sujeto de una acción). Es la parte novedosa que la persona aporta a través de sus respuestas en su interacción con los otros, que para Mead es la dimensión del *self* creativa y espontánea que da un sentido de libertad e iniciativa permitiendo generar nuevas conductas, en una situación social e incorporarlas a la visión de uno mismo a partir de la experiencia.
- *Me* es aquello que se deriva de los roles y posiciones que ocupa el individuo en la sociedad, a saber, el resultado de la interiorización de las actitudes de los otros hacia uno mismo. Es la persona social (aspecto fundamental para entender este trabajo de tesis doctoral), resultado de la interiorización de las actitudes de los otros, base para actuar como *I*. Este aspecto del *self* es imprescindible para entender la identidad refleja, organizada por otros y que tiene conciencia respecto a otros, que representa una organización definida de la comunidad ahí en nuestras actitudes. En definitiva, se generaliza lo experimentado con el *self* a un modo de actuar del yo para un colectivo o ámbito concreto de la vida.

Los procesos de relación entre los componentes del *self* son interesantes. Si bien en principio pueda parecer que *I* no es responsable de la capacidad de agencia del ser humano sino que esta reside en la relación que establece con el *me*, el *I* es la identidad que provee la respuesta. Ambos componentes son independientes pero complementarios y mantienen una relación de diálogo en el proceso de pensamiento en el individuo. Son partes de un mismo todo, aunque su separación no es ficticia sino real. El *I* no es calculable o predecible, mientras el *me* demanda respuesta del individuo de acuerdo con una situación. En este sentido, el *me* se construye de forma holística ya que no es solamente



una mera internalización de normas sociales por parte del individuo, sino que es el contenido del otro generalizado, en definitiva, una actitud ante un todo social externo, organizado y unitario. Así, se introduce un término central para este trabajo, que es el término de alteridad *otherness* (clave en la identidad social), donde los individuos y grupos internalizan las categorías sociales establecidas dentro de sus sociedades, moldeando las ideas sobre quiénes pensamos que somos, cómo queremos ser vistos por los demás y los grupos a los que pertenecemos.

Siguiendo los análisis de Mead, se argumenta que las identidades sociales se crean a través de nuestra interacción social continua con otras personas y nuestra posterior autorreflexión sobre quiénes pensamos que somos de acuerdo con estos intercambios sociales. Mead pone como ejemplo a los niños y niñas, donde señala que se hacían seres sociales al adoptar y organizar las actitudes promovidas por su sociedad, en su día a día y adoptar el papel de otro. Nos convertimos en personas completas en la experiencia social con el otro, cuando somos el reflejo de la estructura y componente de nuestra sociedad, por lo que es fundamental conocer y saber cómo reaccionar ante los hechos sociales para desempeñar los papeles socialmente aceptados. Solo así surge la conducta reflexiva que posibilita el control y la organización por parte la persona, reaccionando ante las situaciones sociales. En este caso, el papel de las expectativas y mecanismos de control de la sociedad, resultan fundamentales en saber cómo actuar en acciones individuales y colectivas, respondiendo con una conducta adecuada.

Por otro lado, las identidades se producen a través del acuerdo, el desacuerdo y la negociación con otras personas. Ajustamos nuestro comportamiento y nuestra autoimagen en función de nuestras interacciones y nuestra autorreflexión sobre estas interacciones. Las ideas de similitud y diferencia son fundamentales en la forma en que logramos un sentido de identidad y pertenencia social. Las identidades tienen algún elemento de exclusividad. No obstante, Mead consideraba que la persona podía identificarse no sólo como individuo organizado de acuerdo a los dictámenes sociales, sino que podía identificarse como individuo único y diferente al resto,

eso sí, siempre adscrito como miembro social que obedece a los parámetros culturales y colectivos (Mead, 1982).

Mead plantea la existencia de actitudes sociales generalizadas, donde reaccionamos de forma común en situaciones sociales similares de una determinada comunidad. Estas reacciones determinadas en la comunidad han sido denominadas por el autor como instituciones. Las instituciones cumplen con un rol en el proceso de constitución de la persona, pero en muchos casos pueden mostrarse como rígidas, inflexibles y opresivas desde el punto de vista de la interacción. En ocasiones, estas instituciones no permiten la expresión individual e impiden el pensamiento original o discordante. Con todo ello se refuerza una de las premisas en la obra de Mead “la identidad no es una sustancia, sino producto de la interacción” (Mead, 1982).

### 1.2.2 Erving Goffman

Uno de los clásicos de la sociología que más han influenciado desde la segunda mitad del pasado siglo es Erving Goffman, incluso considerado el sociólogo más grande de ese tiempo (Collins, 1988) y, por supuesto, uno de los principales académicos en el campo del Interaccionismo Simbólico. Goffman ha recibido la influencia del interaccionismo simbólico, alejándose de trabajar con las grandes estructuras y procesos (característico de otras corrientes sociológicas), y centrándose por lo general en la interacción cara a cara en el contexto de la vida cotidiana. Si analizamos la forma en que los sucesos de la vida cotidiana, se estructuran y en qué modo se producen, entenderemos que se originan en contingencia pura, pese a que estos hechos cotidianos para algunos pueden resultar triviales. Su obra ha contribuido de un modo particularmente brillante a este tipo de estudios, dando agudeza y agilidad, aunque no desarrolló un gran marco teórico que pudiera abarcar todos los campos de lo social. De hecho uno de los rasgos más distintivos es su desinterés por ofrecer un marco general integrado de su pensamiento. Este académico propone el desarrollo de “marcos conceptuales de bajo alcance”, con un especial interés en el dinamismo, lo que refleja perfectamente la actitud

pragmática que asume Goffman durante el proceso de investigación. Sus estudios se desarrollaron desde una perspectiva micosociológica, marcada en la especialización en el análisis de la interacción, que es clave en nuestro objeto de interés, como realización dramática y estratégica con consecuencias para la identidad del individuo.

La obra de este sociólogo ha mostrado una especial preocupación por el análisis de las dinámicas generadas en la interacción, como un objeto de estudio pertinente para la sociología, dándole un lugar especial en esta disciplina, más allá de las normas, posiciones o los roles; por lo que podemos decir que se encuentra bajo la influencia de la Escuela de Chicago (Meltzer, Petras y Reynolds, 1975). Aunque Goffman se especializó en una sociología de la interacción, muestra una singular ambivalencia en las confrontaciones de la investigación teórica (Burns, 1992). La obra de Goffman se caracteriza por ser capaz de comprender aspectos más generales de la estructura de la sociedad moderna y no sólo en el aspecto más reconocido de su obra, orden de la interacción (Winkin, 1991), sino por estar a la altura de un pensamiento sistemático (Giddens, 1988; Kendon, 1998).

Algo que puede definir la obra de Goffman, es la omnipresencia de la sociedad que está presente hasta en la más pequeña de las interacciones cotidianas, incluso en aquellas que normalmente son consideradas como el espacio de la subjetividad, como son las cuestiones cotidianas y rutinarias (las interacciones cara a cara).

Su contribución en el ámbito del Interaccionismo Simbólico muestra un remodelado análisis de la interacción social, con ideas y planteamientos que ofrecen un marco teórico que podemos definir micro-social. En algunos casos se ha criticado este enfoque por concentrarse excesivamente en fenómenos a pequeña escala, alejado de otros autores interesados en crear un marco teórico de gran alcance (Baert y Carreira, 2011). La premisa en la obra de Goffman es que la interacción social está reglada, apoyada en normas sociales que sirven de guía para la acción, de ahí su interés en las regularidades que se encuentran en el día a día (Goffman, 1971). A saber, las reglas son entendidas no como férreas leyes, sino como conocimientos prácticos que posibilitan

mantener el orden de la interacción. A partir de Goffman, y de otros autores, el interaccionismo simbólico ha aportado múltiples observaciones acerca de la naturaleza de nuestras acciones en el curso de la vida social cotidiana, estableciendo una de las corrientes del interaccionismo más útiles para comprender la motivación de los actos sociales.

Goffman en su teoría dramática (1959), planteó que el agente se hace sobre todo en la práctica de la interacción entendida como la representación de roles. Para describir estos espacios, Goffman emplea una metáfora teatral, donde la vida social de una persona es la escena, y cada persona va actuando conforme a la situación en la que está inmersa en cada momento. Cada individuo crea una máscara distinta en función de la interacción que se tiene en ese instante que presenta una serie de normas y regulaciones que el individuo asimila a través de la práctica. En todo momento, los actores están poniendo en cuestión su identidad, si se cumplen con las normas y regulaciones del contexto, la identidad sale reforzada, pero si no se cumplen con las expectativas de ese contexto social, es decir, si no estamos implicados en la acción esperada por la situación, nuestra imagen quedará desacreditada.

Esta continua evaluación no sólo se hace en base a nuestras acciones en la toma de decisiones, sino que tiene un gran peso lo que se comunica verbalmente como de forma no verbal, que nos obliga a estar en un continuo análisis de la situación y orienta qué respuesta debo de dar a lo que se espera de mí. De esta forma, el individuo pretenderá establecer un control de la información directa que va a dar al resto e incluso intenta reconocer la que se desprende de forma indirecta o no deliberada. Como señala Goffman este continuo “trabajo de cara”, donde pretendemos personalizar una congruencia con la imagen que queremos representar, no tiene que ser consciente, sino que opera cotidianamente en un nivel práctico (Goffman, 1982).

La vida se presenta con múltiples situaciones donde se produce la interacción, y en cada una de ellas operan una serie de normas diferentes. Las normas sociales implican la posibilidad de una sanción en caso de incumplimiento, que pueden ser ejercidas tanto por las instituciones sociales como por el resto de actores que se convierten en agentes coercitivos sociales

y que incluso, pueden llegar a desacreditar al actor social que ha realizado la interacción como incompetente. El actor podrá desempeñar el papel esperado en cada situación cuanto más implicado esté, adaptándose y mostrando distintos rasgos de su identidad e incluso identidades múltiples.

Sin embargo, no en todos los espacios o escenarios (analogía que el autor utiliza en su obra), se requiere acatar unas reglas sociales estrictas. Con la modernidad se han diversificado las funciones y sus correspondientes roles en las distintas situaciones. Por ello, se puede hablar de distintas identidades que se funden entre la identidad individual y la identidad social, donde los individuos aportamos una dosis de individualidad en el rol y su correspondiente imagen estandarizada. La situación se define a través de la actuación de los participantes y su experiencia previa, hasta alcanzar, tras un proceso negociador, un consenso operativo que armonice las diferentes perspectivas y permita la fluidez de la interacción (Goffman, 1959). Cada interacción (interpretación) aparece especificada por la tensión entre el *I* espontáneo y el *me* socializado, donde el individuo (actor) representa un personaje que quiere ser aceptado por los demás o (audiencia) con una imagen (personaje) que responde a las expectativas. Sin embargo, el comportamiento del actor será diferente en un ambiente privado, entre bastidores, ya que no se obtiene el beneficio de la audiencia (Goffman, 1959).

Con la perspectiva dramática, Goffman pone de manifiesto que los individuos no sólo han de desempeñar correctamente su rol, sino que han de hacer saber al resto de los participantes que lo hacen correctamente (dramatizarlo). Para conseguir dramatizar las acciones, los individuos dotan a su actuación de signos que muestren significatividad de lo que están haciendo para así ofrecer una impresión idealizada que sirva de ejemplo de los valores aceptados socialmente en el contexto en cuestión (Goffman, 1959).

Goffman señala que la realidad es tan compleja que ninguno de los conceptos que él desarrolla en sus trabajos puede recoger de forma hábil los infinitos matices de los contextos sociales. Si bien, propone una dualidad conceptual en la identidad del propio individuo que pueda ser fiel a la realidad compleja de la persona: el yo “self” como actor y el yo como personaje. Esta

estructura dicotómica ha llevado a diferentes estudiosos a considerar la teoría de Goffman como una teoría de los “dos yo”. Self representa las capacidades innatas humanas que posibilitan su carácter dramático, su capacidad de desempeño de rol y su capacidad para imaginar, es decir, el verdadero yo dotado de identidad originaria. Mientras que el yo social o personaje está representado como resultado de las expectativas sociales, a las que se le atribuyen una serie de características o incluso se le exigen una serie de atributos y cualidades.

En la interacción social el individuo está desempeñando una multiplicidad de “selves” con diferentes roles que se alternan ante públicos diferentes, entrando en conflicto entre sí, limitándose recíprocamente, sin que se pueda captar un estrato de la personalidad más fundamental, que sustente todos los aspectos y las modelaciones de sí mismo (Manning, 1992).

Goffman contrasta las identidades social y personal, caracterizadas por ser categorizaciones de los otros, con la identidad del yo, que la considera concepciones y valoraciones de la propia persona. Así, sitúa la identidad del yo como la que recoge los elementos de unicidad de cada ser humano y que auto-conforma su imagen, aunque no tiene porqué ser la manifestación de un yo auténtico.

Las aportaciones de Goffman son claves para el desarrollo de nuestro trabajo, tanto los aspectos de representación presentes en toda interacción social, con especial interés de que los actores son los principales beneficiarios al desempeñar una actuación adecuadamente, como la conexión que establece entre la interacción con la identidad de los individuos.

La identidad social está en constante ratificación en las múltiples interacciones sociales que se producen cotidianamente. Así este autor, deja de lado las corrientes psicológicas más cercanas a la identidad más estable de la personalidad, posicionándose en una concepción de la identidad derivada de una continuidad de las relaciones.

### 1.3 La identidad en la Modernidad y Postmodernidad

El proceso de socialización, en el que las personas aprendemos e incorporamos los elementos sociales, culturales, identitarios propios de nuestra sociedad, integrándolos en nuestra psique y reproduciéndola en nuestras acciones, se ha hecho mucho más complejo y abierto en las sociedades modernas. La multiplicidad de los escenarios que han ido apareciendo con la modernización de las sociedades, han ofrecido un amplio abanico de categorías sociales donde las personas, grupos, comunidades y masas sociales podemos ser incluidas.

Estudiar la identidad es una actividad ardua y compleja, la identidad no es una esencia innata, dada, sino que en gran parte se construye en un proceso social, resultado de múltiples combinaciones. En las sociedades tradicionales, la identidad se ha fundamentado en preservar el protagonismo comunitario, siendo escasas las alternativas de los miembros de una sociedad en integrar variadas posibilidades en su identidad. La identidad se constituía en integrar un sentido de pertenencia, donde el individuo se perpetúa a través de creencias, lazos hereditarios, costumbres..., dificultando la movilidad social propia de la modernidad y la postmodernidad. Por tanto, la identidad no plantea un problema en su construcción, sino que pertenecer a ella resulta natural y, dado por la comunidad e incluso adscrita a la misma.

La identidad entendida en la lógica de la sociedad tradicional, está caracterizada por el predominio de un claro referente en cada ámbito, que sustente la homogeneidad social. Los individuos internalizan la estructura de significados compartidos colectivamente dando sentido a las interacciones de su vida cotidiana. En cambio, esta internalización se complica aún más con la modernidad, ya que existe una mayor pluralidad de pertenencias sociales, con una creciente complejidad de las relaciones sociales como en la formas de identificar y manifestar todo ese repertorio cultural (Kachel et al, 2016).



### 1.3.1 La identidad y la Modernidad

Con la modernidad apareció un conjunto de ideas que rompió los postulados de las sociedades tradicionales, dando paso un pensamiento volcado en la secularización de la vida social, política, económica, cultural y social. Una concepción del individuo como actor más libre y autónomo, que se ha apoyado en las grandes transformaciones con la llegada de las grandes revoluciones políticas, económicas y sociales que tuvieron lugar a partir del siglo XVIII. La modernidad, apoyada en las ideas de la ilustración, consolidó un individualismo en base al ideal del conocimiento racional para tomar decisiones en base a esta, y con la consecuente participación en los nuevos roles sociales tanto a nivel individual como colectivo.

La modernidad se ha visualizado principalmente en ámbitos como: a) tecnología, con un predominio en la industrialización, b) organización, con un alto grado de diferenciación y especialización, y c) actitudes, vinculadas a la racionalidad y la secularización, como difusión de las ideas, el auge de la comunicación de masas y la participación política (Bill y Hardgrave, 1981). La modernidad ha traído en comparación con el contexto tradicional, un cierto sentimiento de seguridad. Esta seguridad se ha sustentado tanto en el surgimiento del estado nación donde la violencia está legitimada y monopolizada por parte del Estado, como en ciertas mejoras para la ciudadanía, tanto en elementos como la salud de la población en general, como en una creciente alfabetización. Pero como postula el sociólogo Anthony Giddens, la modernidad también ha conllevado nuevos riesgos como son el colapso de la economía mundial, la precarización de las condiciones de vida, el crecimiento de un poder militar con nuevas escenas de conflicto nuclear y un desgaste del planeta que ha conllevado a un verdadero peligro medioambiental (Giddens, 1993).

Estos importantes cambios estructurales han llevado en parte a un cambio básico en la constitución de la identidad de los individuos. De una sociedad tradicional caracterizada por basarse en la identidad adscripta, se ha evolucionado a una sociedad moderna basada en el logro, lo que supone una

nueva concepción de la identidad. La identidad se construye, es decir, es una tarea y como consecuencia se convierte en un proyecto personal.

Con la modernidad se produce un punto de inflexión de la vida tradicional que ha llevado al surgimiento de una nueva moralidad, pero no existe una sociedad que haya dejado por completo los elementos tradicionales, sino que presentan sistemas mixtos, prevaleciendo una faceta sobre la otra. Del mismo modo ocurre con las identidades, no existe una identidad pura que responda a las características tradicional o moderna, se podría decir que son tipologías relacionales. Como señala Giddens, la transición de una sociedad tradicional a una sociedad moderna se instauró lentamente por medio de un proceso histórico de transformación. Un proceso de cambio que se ha hecho más evidente en el tipo de relaciones humanas, la cosmovisión humana, en suma, con un reordenamiento social y cultural (Giddens, 2000). La modernidad es entendida como un fenómeno reflexivo, por lo que se encuentra en una constante reestructuración teórica, práctica y ontológica. Así para este teórico social, lo más acertado para analizar la modernidad es hacerlo en términos de continuidad y discontinuidad entre las realidades conformadas entre lo pasado, lo presente y futuro. Así es necesaria una interpretación crítica sobre las tendencias predominantes en las ciencias sociales, aventuradas en crear una escisión teórica entre lo moderno y lo social (Giddens, 1993).

Los estilos de vida que aparecen con la modernidad, desbancaron las modalidades tradicionales, pero Giddens cuestiona el uso de los conceptos de tiempo y lugar entendidas por las teorías evolucionistas, influenciadas por el positivismo clásico. Las nuevas formas de vida no pueden ser ordenadas de forma integral, clasificadas y analizadas en función de su tiempo y su lugar. Los procesos históricos acontecidos para este cambio de paradigma son entendidos como un entramado complejo de sucesos humanos, que agregaron ciertos componentes del pasado para conformar presente y diseñar futuro, y no como una sucesión lineal ordenable por una idea de evolución histórica (Giddens, 1993).

La construcción de la intimidad en la modernidad sigue la lógica interconectada de las instituciones y organizaciones dominantes, la identidad

no es un rasgo distintivo que posee el individuo, sino que es entendida de una forma reflexivamente por la persona en virtud de su bibliografía. En el contexto del orden postradicional, el yo se convierte en un proyecto reflexivo (Giddens, 2000).

La modernidad presenta las sociedades civiles amplias y articuladas un eje de continuidad entre la lógica de la creación de poder en la red global y la lógica de la asociación y la representación en sociedades y culturas específicas. Las personas construyen su identidad basándose en las sociedades civiles que están en un creciente proceso de integración, un ejemplo de una identidad construida en la modernidad, es el caso del socialismo, que se basó en el movimiento obrero con un fin de unión efectiva y reformista para cambiar la realidad de todo el colectivo.

Por otro lado, Zygmunt Bauman hizo hincapié en cómo la individualización, proceso de cambio característico de la modernidad, contiene la idea emancipadora del individuo respecto de la determinación adscrita, heredada o innata de su carácter social, y lo deja abierto a la aventura y realización individual. Este proceso de individualización, aparejado a la modernidad, es consecuencia de la liberación humana, de sus destinos sociales así como de confrontarse con la tarea ardua y solitaria de construirse otra identidad humana con las responsabilidades y consecuencias de su realización. Como asegura el autor, la modernidad reemplaza la pre-determinación de una posición social, por una autodeterminación compulsiva y obligatoria (Bauman, 2001). Con la industrialización, el campo de actuación de las comunidades de una sociedad, se hacen exponenciales, así el individuo se tiene que conectar a una totalidad abstracta, con una comunidad imaginada (Bauman, 2002).

Durante la Modernidad, cada individuo no se adscribe a una identidad en base a las sociedades integradas en grupos herméticos (estamentos), sino en función a las clases sociales. Los actores se vinculan a una identidad aprendida, ajustándose a las pautas de vida de acuerdo con los nuevos tipos sociales, dejando de lado la identidad heredada e incluso encorsetada característica en la cotidianeidad tradicional. La identidad en la modernidad se construye en base a los hábitos, actitudes y conductas que les permitieran a los

individuos incrustarse en la clase social, cuya pertenencia debía ser constantemente renovada, reconfirmada y documentada en la vida cotidiana de las sociedades modernas. La identidad propia de la modernidad pretende ser formada, procurada y convenida, si bien como señala Bauman, también ha demostrado solidez, siendo inalterada y resistente a las manipulaciones individuales al igual que la identidad en las sociedades tradicionales. Con la modernidad, los individuos en la búsqueda de su identidad, pretenden encajar, incrustarse en el nicho asignado comportándose con una expectativas compartidas y ya establecidas (Bauman, 2003).

La identidad construida conforme a la lógica de la Modernidad se asienta sobre una serie de pilares a nivel individual, como son el trabajo y la familia, y otros pilares a nivel colectivo como la nación y la religión (Sahuquillo, 2006).

- a) El trabajo en la modernidad bajo la lógica Capitalista, se entiende como una vocación, donde las personas nos autovalidamos por medio de nuestra actividad, identificamos nuestro éxito con valores como el sacrificio, el ahorro, la prudencia, la celeridad... Estos valores, marcan un camino en la construcción de la identidad del sujeto, haciendo al individuo protagonista y responsable, lo que nos lleva a una lógica de la individualidad adquirida con su trabajo y reflejada por hechos externos (carácter) que son socialmente relevantes y no tanto a nivel interno (personalidad).
- b) La familia en la modernidad es una base sólida para asentar nuestra identidad, muy especialmente para las mujeres de los estratos burgueses que trabajaban exclusivamente en el hogar. La familia es una institución poderosa que se presenta para los individuos como un posible refugio frente a las inclemencias del exterior y un germen de orgullo (familia reputada) construyendo su identidad alrededor de ese apellido y toda su existencia gira en torno a la pertenencia a la familia. La identidad es adquirida ya que la familia moderna se basa en la libre elección del cónyuge, sirviendo los vínculos familiares de esqueleto para cimentar la identidad.

- c) La nación en la modernidad erigió a un nivel de organización supralocal una conciencia de pertenencia que sustituyó en la sociedad tradicional el rol que ocupaba la comunidad local basada en las relaciones cara a cara. La ideología nacionalista que ha acompañado a la consolidación de los Estado-Nación modernos, ha adquirido la tarea de “enmascarar” el proceso de diseño de arriba abajo, como una realidad preexistente a la constitución del nuevo Estado (Bauman, 2002). Los Estados-Nación son una fuente inagotable para generar la impresión en el imaginario colectivo, donde el ciudadano socializa un sentido de pertenencia como natural y en algunos casos de forma exageradamente emocional, tanto que es capaz de dar su vida a la patria.
- d) La religión en la modernidad seguía siendo una seña de identidad, aunque es innegable que se encontraba en un proceso de desgaste gracias a fenómenos incipientes como la industrialización y la urbanización. Solo una minoría de la sociedad (élites intelectuales) abandonaron el refugio de la iglesia como institución. El fervor religioso sigue instaurado como uno de los principales factores para conseguir la cohesión de una nación.

En definitiva, la persona inserta bajo el paradigma moderno, construye su identidad bajo unos referentes sociales, institucionales, ideológicos y espirituales característicos de la modernidad, definida principalmente por la individualidad y la privacidad.

### 1.3.2 La Postmodernidad y su relación con la identidad

Desde las últimas dos décadas del siglo XX estamos asistiendo a un proceso de cambio en la civilización occidental que ha modificado la apreciación y el reconocimiento de una única historia, regida por la búsqueda de la verdad transcendental. Surge un nuevo paradigma denominado de distintas formas, lo que probablemente sea un síntoma de lo confuso, discordante, ambiguo y delicado que este pensamiento ha sido para los distintos intelectuales que lo han analizado. Dos son las principales corrientes:

- a) Por un lado, están aquellos que lo consideran un agotamiento de los preceptos modernos y sus fundamentos ideológicos más importantes, emplean generalmente el concepto de “Postmodernidad” (Lyotard, 1979), y reconocen una crisis sin retorno a la Modernidad, una crisis de las grandes metanarrativas hegemónicas en ese periodo. Los grandes relatos que homogeneizaron una realidad e identidad del mundo a través de una sola verdad ya no tienen dicho potencial en la sociedad postmoderna, dicho discurso ya no tiene lugar, bien al contrario ganan protagonismo los distintos movimientos que se han sucedido en las últimas décadas (Luhmannn y De Giorgi, 1998). Este nuevo tiempo supone el éxito de la plenitud de las cosas del presente, donde una vez cubiertas las necesidades básicas los individuos buscan otras como son la participación en las decisiones que afectan a la sociedad, el trabajo, la colectividad más próxima, al medio ambiente, etc, a este proceso de cambio que ha generado el nuevo paradigma se le ha denominado “la revolución silenciosa” (Inglehart, 1998).
- b) Por otra parte, otros consideran este nuevo paradigma como una crítica a la Modernidad, principalmente por la pérdida de fe en la ilustración, pero sin renunciar a su fundamentación más productivista. En algunos casos se utilizaron conceptos como “Modernidad líquida” (Bauman, 2000), donde se ponen de manifiesto tanto los atributos de la sociedad capitalista que permanecen en nuestro tiempo (individualismo y privatización) como aquellos que han cambiado (volatilidad de las relaciones sociales, cultura laboral de la flexibilidad...). Otro concepto utilizado ha sido el de “Segunda modernidad” (Beck, 2000), como un proceso donde la individualización de la sociedad alcanza su máxima expresión, donde los derechos sociales y políticos se orientan hacia el individuo y no hacia el colectivo. Esta segunda modernidad se caracteriza por un riesgo global, una merma del trabajo asalariado y las crisis ecológicas que ponen de manifiesto la crisis de los valores en la sociedad de consumo, en la cual el individuo encuentra como único valor el dinero, la notoriedad mediática o el poder. Este nuevo modelo también ha sido denominado como “Modernidad tardía” (Giddens, 1993), donde

las relaciones sociales se ven afectadas por el nuevo fenómeno, con un replanteamiento general de los principios fundamentales de la modernidad a sus riegos, desafíos y consecuencias. Es la reconstrucción del Yo y el redescubrimiento de uno mismo. Este estadio de la modernidad tardía, deriva de la dialéctica del tiempo y el espacio y su deriva a una profunda mundialización. La vida se acerca a fenómenos lejanos que transforman el sentido de la vida diaria, produciendo una nueva identidad personal, a través de la confianza y el riesgo, limitando la experiencia personal desde la ciencia, la tecnología y los sistemas expertos.

Independientemente de la concepción que se tenga hacia el nuevo paradigma, todos coinciden en señalar el alejamiento de las instituciones de la modernidad para dirigirse hacia un nuevo y diferente arquetipo de organización social, como conciencia de una nueva etapa en ocasiones interpretada como heredera de la anterior. La Postmodernidad constituye una crítica a la imagen de desarrollo que vincula a la modernidad con la modernización y que está basado básicamente en dos ideas: 1) el progreso hipertecnológico y postindustrial y 2) un pensamiento racionalista que fragmenta las diferencias sociales por una lógica tecnológica masiva y consumista. Estos fenómenos han traído consigo un desencanto por el futuro, provoca una crisis del sujeto y de su pensamiento, y han cuestionado el sentido de dichos procesos lo que ha conllevado una nueva configuración social desde un punto de vista paradigmático (Berger y Luckmann, 1995).

La postmodernidad ha puesto de manifiesto una crítica a la identidad entendida como idea totalizante y lineal de la modernidad. Frente a la heterogeneidad y multiplicidad de las diferentes formas de subjetividad, la visión postmoderna se constituye como una cualidad propia, donde la aceptación de la pluralidad no sólo es entendida como respeto a la diferencia, sino indica el final de esa pretendida racionalidad totalitaria de la modernidad. Se ha producido una profunda diversificación a la vez que se ha masificado los espacios públicos y privados, tornando con ello dificultoso el proceso de identificación del individuo a una determinada idea.



El contexto global en el que nos encontramos es cada vez más complejo y presenta un mayor número de riesgos, por ello la sociedad, la vida y la identidad de la persona requieren de múltiples interpretaciones, donde ninguna es aceptada como único postulado verdadero o adecuado. En este escenario ininteligible, multidimensional, y plural, es donde la persona retorna para sí (Aleman, 2000). La experiencia individual y colectiva se ha visto afectada por una profunda y rápida reestructuración de los procesos de la vida social, con un incremento en la diversidad cultural que ha conllevado un amplio abanico de estilos de vida y una pérdida de poder de los relatos universales, lo que ha convertido la identidad en un “problema”.

Por un lado, el tránsito de la modernidad a la postmodernidad se sitúa en una crisis profunda, en la pérdida de la legitimidad de las instituciones como agentes de reducción de la complejidad y el relativismo cultural y ético. Sigue existiendo un cierto universalismo en lo económico pero las demás facetas del mundo se caracterizan por el cambio constante, por la fluidez (Bauman, 2001). En esta dinámica del flujo constante, la reflexividad y autonomía individual, conlleva a que las personas nos veamos obligadas a producir o crear espacios de simbolización, recurriendo a todos los ámbitos que la sociedad postmoderna nos oferta, argamasa de distintas y divergentes culturas socialmente auto trabajadas, sin ser el hogar de una humanidad reconstituida (Beck, 2002).

Por otro lado, frente a esta característica de la sociedad postmoderna en torno a los flujos globales y constantes, se da también coetáneamente el fenómeno de las “identidades de resistencia”, que son el refugio para los valores tradicionales y modernos frente a los nuevos movimientos sociales emergentes en las últimas décadas (Castells, 1997).

El individuo se concibe como alguien en busca de una identidad, debe asumir la tarea de construir su autobiografía, un proceso permanente entre el anhelo de comunidad que da protección y las representaciones sociales preexistentes que pierden poco a poco un poder significativo. Los individuos tenemos la responsabilidad vital de dotar de sentido a nuestras vidas y definir nuestra identidad bajo el paraguas del nuevo contexto social cada vez más



global donde las identidades ya no son sólidas sino volubles y no tenemos más remedio que inventarnos (Gleizer, 1997).

## **CAPITULO II:**

### **LA IDENTIDAD SOCIAL**

## 2.1 Una introducción a la Identidad Social

La identidad, como hemos podido advertir en el capítulo anterior, es un constructo conceptual muy amplio que ha sido analizado desde distintas disciplinas en Ciencias Sociales, poniendo cada una de ellas de relieve alguno de los aspectos que están estrechamente relacionados con el concepto, como son el contexto cultural, social, personal, etc. El concepto de identidad y más concretamente el de identidad social, será fundamental en el desarrollo de esta tesis para orientar teóricamente las percepciones, valoraciones, expectativas en torno al significado de un momento simbólico y vitalmente importante en la vida de muchas mujeres.

Una de las aproximaciones al concepto de identidad es la propuesta teórica de la Psicología Social, que ha centrado su curiosidad en los procesos de identificación y categorización que realizan los individuos como también los grupos a los que éstos pertenecen. Esta importante dimensión de la identidad se la ha denominado identidad social, que persigue una concepción holística del ser humano, donde el individuo y la sociedad no pueden ser comprendidos de forma separada, sino que se relacionan de forma constante y recíproca. Los contextos donde se producen las relaciones sociales implican unas determinadas representaciones de comunicación, poder, reproducción etc., que hacen que la interacción entre el individuo y la sociedad sea el elemento clave.

Por un lado, las personas modificamos nuestro contexto social del mismo modo que éste nos constriñe, ya que tiene el potencial de crear y a la vez de limitar nuestras posibilidades de construirnos como identidad diferenciada o común. Por otro lado, tenemos la necesidad de construir una narración identitaria coherente y positiva en la que sea posible observar una continuidad, si bien la sociedad actual y en concreto sus múltiples contextos sociales, están en un continuo proceso de reinterpretación. Del mismo modo, se ha señalado que existe una pluralidad de identidades sociales, que son clave para examinar el sistema social y entender los hechos sociales.

La Teoría de la Identidad Social y sus teorías afines han sido desarrolladas en sus orígenes por la Psicología Social, si bien en las últimas décadas disciplinas como la Sociología han abundado y desarrollado las mismas. Hemos considerado que este enfoque más sociológico de la Teoría de la Identidad Social es adecuado como marco teórico de nuestro objeto de estudio, puesto que pone el énfasis en cuestiones como valores, creencias e incluso implantación de tecnologías no centrándose tanto en el análisis de la personalidad, como una cuestión estrictamente cognitiva. Cada tipología de mujer da cuenta de una identidad social diferenciada, ya que cada una de ellas se sitúa en un grupo social con unas características propias, con una significación emocional diferenciada y una distinta evaluación de su pertenencia al grupo. A continuación, desarrollaremos los fundamentos de la Identidad Social, analizando la disquisición que hacen la Psicología Social y la Sociología, como los principales exponentes que han contribuido en su desarrollo.

## **2.2 El origen de la identidad social desde la Psicología Social**

La Teoría de la Identidad Social se originó dentro de las corrientes cognitivas propuestas por la Psicología Social, ocasionando un antes y después a la hora de entender la sociedad en esta disciplina. Las perspectivas anteriores habían desarrollado una noción de sociedad basada en un conjunto de redes de interacción o sistemas de posiciones y roles. Sin embargo, esta nueva teoría tiene una concepción de la sociedad como conjunto de categorías y grupos sociales que mantienen vínculos en términos de poder y estatus, con especial interés en acentuar la comprensión de la dimensión social de la conducta. Esta innovación a la hora de comprender la sociedad, ha hecho que la teoría de la identidad social se haya convertido en refugio adecuado a multitud de distintas corrientes teóricas, como también de distintos estudios supeditados al comportamiento grupal y a las relaciones intergrupales.

Desde el ámbito de la Psicología Social, la identidad social se ha entendido como la identificación que agrupa las características compartidas por las personas en el seno de los grupos y las dinámicas generadas en ellos. A saber, la identidad social es aquella que se deriva de la pertenencia de la persona a grupos sociales, mientras que la identidad personal se aplica a los casos en los que la persona se define a partir de sus rasgos únicos e idiosincráticos (Tajfel y Turner, 1979). La Teoría de la Identidad Social expone que si bien las personas tenemos una imagen compleja sobre nosotros mismos, muchos de esos rasgos son aportados por la pertenencia a ciertos grupos o categorías sociales (Tajfel, 1981). Asimismo, las personas tendemos a mejorar nuestra autoestima cuando nos identificamos con los grupos sociales a los que aspiramos pertenecer, valorando a estos grupos de forma positiva en comparación con el resto.

Por ello, es necesario saber cuál es el autoconcepto del grupo, la forma de categorizar la realidad y su modo de actuar, para saber si nos identificamos con dicho grupo y pensamos en un nosotros. El sentido de pertenencia o como algunos autores han denominado “identificación” nos hace la vida más sencilla, facilita nuestras relaciones interpersonales y nos ofrece un conocimiento de cómo somos, ejerciendo una gran influencia en nuestras creencias, percepciones y conductas (Gómez, 2006).

Unido al sentido de identificación, la comparación es otro factor de acción de la identidad social. La comparación surge cuando las personas categorizamos para comprender nuestro entorno social, viéndonos semejantes a nuestro grupo de referencia y distintos a los demás grupos existentes, lo que desarrolla la idea de la comparación social, donde para autoevaluarnos nos comparamos con el grupo al que consideramos pertenecer y es afín (Tajfel y Turner, 1986).

Para una correcta revisión teórica de la identidad social desde la Psicología Social se hace indispensable analizar las contribuciones de los dos principales padres de este concepto: Henri Tajfel y John Turner.

Tajfel y Turner han puesto el interés, como ya hicieron los interaccionistas simbólicos, en los mecanismos que actúan sobre las relaciones entre las

personas de un grupo y recíprocamente entre las categorías sociales y los grupos. De este modo, colaboraron en el desarrollo teórico de la identidad social entendida como un cuerpo teórico exhaustivo y práctico, con el objetivo de que sus pretensiones puedan ser contrastables empíricamente. El contexto social se sitúa en este marco como elemento fundamental para entender el lugar donde se producen los procesos psicosociales.

Esta pretensión por crear una teoría práctica, ha sido una reivindicación permanente de ambos científicos, un ideal de hacia dónde debe caminar la Psicología Social. Esta disciplina, había dejado de lado el estudio de la conducta colectiva, los efectos directos en el comportamiento individual y cómo la propia identidad, puede generar diferentes ubicaciones en el sistema social donde las personas nos situamos (Tajfel, 1981).

### **2.2.1 La Teoría de la Identidad Social de Henri Tajfel**

El amplio trabajo que Tajfel desarrolló desde la Escuela Bristol, ha sido un legado no sólo por ser el origen de la Teoría de la Identidad Social, sino también ser uno de los más grandes psicólogos sociales de la historia. Es importante señalar que el término Teoría de la Identidad Social no fue acuñado por Tajfel, sino que fue su discípulo John C. Turner el que lo utilizó por primera vez para comprender la producción científica de su maestro.

Sus primeros trabajos vieron la luz a mitad del siglo pasado principalmente en el área de la percepción categorial (Tajfel, 1957, 1959). Estos estudios se apoyaron en la teoría de la categorización de Bruner, según la cual la categorización es el proceso básico de relación del individuo con el mundo, adquirido a través de la socialización (Bruner y Goodman, 1947). No obstante, fue más allá de la mera ordenación del ambiente social y la consecuente disminución de su complejidad, que ya había intentado Bruner. Tajfel visibilizó el papel de las personas funcionando como un sistema de orientación que crea y define el lugar de éstas en la sociedad.

En sus siguientes trabajos, reivindicó proporcionar una verdadera explicación social de los comportamientos intergrupales. Para ello, desarrolló con alguno de sus colaboradores el “paradigma experimental del grupo mínimo” (Tajfel, 1970; Tajfel, Billig, Bundy, y Flament, 1971), donde se conciben los mecanismos de categorización como un proceso que insta a modificar las conductas personales y reconstruyen unas conductas de discriminación intergrupar. A saber, los estímulos son percibidos en dos formas: por contraste como pertenecientes a categorías diferentes, o por su similitud como pertenecientes a una misma categoría. Dicho proceso incumbe a la configuración de los estereotipos sociales (Tajfel y Wilkes, 1963), donde las personas percibimos la sociedad como la conjunción de categorías sociales en la que tenemos conciencia de pertenencia a algunas de sus categorías.

Con sus trabajos sobre el comportamiento intergrupar se desprende su acercamiento a distintas teorías sociológicas, como son la Teoría Estructuralista y la Teoría del Conflicto (Hoog y Abrams, 1988), al considerar que la sociedad manifiesta diferentes categorías y grupos sociales que mantienen entre ellas relaciones en términos de poder y status.

No obstante, el interés de Tajfel fue explicar las consecuencias de la mera diferenciación categorial, y no tanto la que existe entre los grupos y las categorías, lo que llamaron “sistema subjetivo de creencias” sobre las conductas intergrupales (Tajfel, 1974). Así, pone el punto de interés no sólo en las características personales a la hora de condicionar la conducta humana, sino más bien, en lo hacen los grupos con su categorización social.

El comportamiento que tenemos las personas se puede situar a lo largo de lo que ha denominado Tajfel (1978) un continuo entre conducta interpersonal y conducta intergrupar, en el que la identificación es elemento básico para determinar la percepción subjetiva de la existencia de un grupo. Las situaciones sociales se pueden clasificar como intergrupales e interpersonales, a partir de la percepción que las personas tengan, lo que conllevará por tanto, diferentes tipos de interacción. A saber, si la situación es percibida como intergrupar la interacción de los miembros del grupo con los que se encuentren fuera, será interpretada como personas pertenecientes a una categoría social

unificada, lo que conlleva una despersonalización de los que no son miembros del endogrupo. Por el contrario, cuando las personas perciben la situación social como interpersonal, la interacción con los individuos se realiza en función de sus características personales determinadas.

Esta distinción en la percepción de las situaciones sociales que hacemos las personas, conlleva diferentes conductas que en un continuo personal-social se encuentra más cerca de un extremo que del otro (Turner y Giles, 1981). Estas tipologías conductual en el extremo del continuo (personal-social) son puras en su teorización:

a) Conducta personal, que se encuentra estipulada, por un lado, en las relaciones personales con otros sujetos y, por otro, conforme a las características personales idiosincráticas, pudiendo así actuar en función de nuestras características personales.

b) Conducta social, que se establece al pertenecer a los distintos grupos o categorías sociales, así las personas podemos actuar en función de nuestra categorización como miembros del grupo.

Si bien, dichas tipologías son inalcanzables en la práctica, especialmente como señala Tajfel (1978), el extremo personal no tiene sentido en la vida real, pues aun en las relaciones personales más íntimas está presente algún tipo de categorización. La clave es saber cuándo las personas actuamos como sujeto personal, enmarcados en una sociedad donde impera la movilidad social, y cuándo lo hacemos como miembro del grupo al que pertenecemos, predominando la creencia en la movilidad social.

Como posteriormente se desarrollará a lo largo del capítulo, estas tipologías junto a la categorización y la identificación propuestas por Tajfel serán piedra angular para sus colaboradores en el desarrollo del modelo de identificación social (Turner, 1982) y en la importante Teoría de la Auto Categorización del Yo (Turner, Hogg, Oaks, Reicher y Wetherell, 1987). Las personas normalizamos y simplificamos nuestro entorno al pertenecer a grupos sociales, donde le damos un sentido y una guía para nuestra acción. Este proceso automático de sistematización que desarrollamos los individuos, donde



agrupamos a las personas conforme a unos criterios que consideramos idóneos, ha sido denominado por Tajfel (1983) como categorización.

La categorización resulta una herramienta cognitiva fundamental que permite ordenar el entorno definiendo la posición de cada persona y la de los demás. Cualquier persona conforma su propia identidad social al incluirse en al menos una de las categorías existentes, dándole un significado valorativo y emocional asociado a la pertenencia a un grupo y conformando su auto concepto de individuo (Tajfel, 1981). Por consiguiente, la categorización es un instrumento vital a la hora de realizar las comparaciones sociales, ya que se enfatiza las distinciones, principalmente positivas, de nuestro grupo de pertenencia con respecto al resto de grupos, lo que se ha denominado paradigma del grupo mínimo (Tajfel, Flament, Billings y Bundy, 1971). No obstante, la categorización social también implica una distinción con respecto a las personas que pertenecen a un mismo grupo, aunque como señala Tajfel (1969), la percepción de estas diferencias tiende a ser minimizadas. A saber, las personas al identificarnos con una categoría social desarrollamos actitudes en favor de nuestro grupo, acentuando las similitudes que tenemos con éste y resaltando las diferencias con el resto de grupos sociales.

Después de analizar cómo es entendida por Tajfel la categorización, pasamos a examinar otro de los conceptos fundamentales en su teoría y es la identidad social. La imagen que nos define y que nos creamos de nosotros mismos se hace en concordancia con la relación que tenemos con lo que es ajeno a nosotros. La relación que decidimos tener con el mundo exterior sigue la lógica de pertenencia de la persona a un determinado grupo y una constante comparación social. El razonamiento válido para definir el grupo social, es el criterio de identidad social, en el que las personas que pertenecemos a un grupo tenemos conciencia colectiva como ente social (identidad social particular), que comparte criterios de identidad social (Tajfel, 1978).

El razonamiento planteado por Henri Tajfel pone de manifiesto cómo se introduce el concepto a un nivel supra contextual a la sociedad, en la reproducción de un comportamiento individual derivado de la pertenencia social. El comportamiento de las personas ya no es sólo expresión de un yo

auténtico o producto de las presiones en la autorepresentación, sino que la identidad social es parte fundamental de nuestro autoconcepto. Por tanto, es necesario tener en cuenta todo aquello que pueda facilitar la comprensión de los aspectos de la conducta social, la cual está íntimamente relacionada con un cambio de paradigma del “mí” al “nosotros/as”,

Tajfel (1978) reconoce la identidad personal como la forma más básica de categorización que tenemos las personas y que nos hace sentirnos únicos y diferentes al resto. Sin embargo, la identidad social es la que da rasgos de orden social que sugiere a las personas la pertenencia a grupos o categorías que encarnan y visualiza esa identidad social. Por ello, la identidad social, a diferencia de la identidad personal, hace referencia a los aspectos de similitud con otras personas de nuestro grupo “nosotros/as”. No obstante, la identidad social no sólo se postula con la similitud ya que también manifiesta la posibilidad de la diferencia, pero en este caso entre grupos “ellos/as”. En otras palabras, Tajfel (1984) muestra un especial interés en la valoración subjetiva de la pertenencia a grupos y las relaciones intergrupales.

Por último, otro de los conceptos claves de la teoría desarrollada por Henri Tajfel es la comparación social, tomada de la obra del psicólogo social Leon Festinger. Tajfel (1984) utiliza el concepto de comparación social como la acentuación de las similitudes intragrupal y de las diferencias intergrupales.

La identidad social de una persona se sustenta a través de la comparación social. Nos encontramos en una constante comparación social, al estar la sociedad conformada a través de los grupos, definidos como un conjunto de personas que se percibe como miembros de una misma categoría social. Por ello, hay una conexión entre la categorización y la identidad social, que genera una profunda influencia sobre la forma en que percibimos, sentimos, razonamos y nos comportamos como miembros de un grupo dentro de la sociedad.

Las personas tendemos a mantener una concepción positiva de nuestra identidad social, pero cuando encontramos que existe una amenaza para nuestra autoestima o la distinción grupal, podemos tener una identidad social

negativa. Para corregir esta disonancia, ya que existe una motivación individual hacia la autoestima positiva, Tajfel (1981) señala que los individuos podemos adoptar distintas estrategias para alcanzar una identidad social positiva, como podrían ser el abandono del grupo o la reducción de la fuente de amenaza. La estrategia que adoptemos depende según el autor de como percibamos las categorías sociales:

- Si consideramos las comparaciones como seguras, donde las barreras sociales son permeables ya que la estructura de estatus entre el endogrupo y el exogrupo se perciben como legítimas y estables, la **movilidad social** será la estrategia a seguir, con un intento de redefinir nuestra pertenencia categorial.
- Si creemos que las comparaciones son inseguras, donde las barreras sociales son impermeables, intentaríamos obtener una reevaluación positiva del endogrupo a través del **cambio social**. Para ello tenemos dos posibles estrategias a seguir:
  - Si la relaciones intergrupales son percibidas como seguras, la estrategia será la **creatividad social**, donde se busca nuevas dimensiones de comparación, redefinición de los valores asignados a ciertas dimensiones o la comparación consolidado hacia un exogrupo realizarla con un nuevo exogrupo.
  - Si las comparaciones intergrupales son consideradas como inseguras, la estrategia idónea será la **competición social**, en el que se intenta aventajar al exogrupo que goza de un mayor estatus en la dimensión valorada por el endogrupo.

Al realizar un breve repaso sobre los estudios realizados por Henri Tajfel se pone de manifiesto que existen principalmente dos identidades en los individuos. La identidad personal elaborada por cada sujeto como parte de su idiosincrasia; y la identidad social creada a partir de las categorías sociales y que el individuo incorpora, definiéndola como “el conocimiento que posee la persona de que pertenece a determinados grupos sociales junto a la significación emocional y de valor que tiene para ella dicha pertenencia” (Tajfel, 1981). Si bien, ésta no tiene que ser entendida como una enumeración de

categorías sociales o adjetivos, sino como un plan activo que concreta la situación del grupo en el sistema de relaciones sociales.

Por otro lado, en toda interacción interpersonal está presente la identidad social de los sujetos, por lo que puede advertirse que Tajfel considera que la identidad personal está sujeta a las construcciones sociales. La clave no se establece entre la disyuntiva de identidad personal y social, sino conocer qué identidad, siempre social, se requiere en cada oportunidad de interacción (Tajfel, 1983) y más si cabe entre grupos. Por ello, analizar las relaciones sociales intergrupales, tanto las expectativas como las preferencias grupales, son pilares fundamentales de la Teoría de la Identidad Social.

### **2.2.2 La Teoría de la Categorización del Yo de John Charles Turner**

Turner es considerado por la comunidad científica como el principal colaborador y discípulo más influyente de Tajfel, se ha convertido en uno de los exponentes principales del campo de la identidad social al desarrollar los supuestos de su maestro en su Teoría de la Categorización del Yo: una continuación y ampliación de la Teoría de la Identidad Social. Ambas teorías se consideran hoy en día fundamentales e influyentes dentro de la psicología social Hogg, Abrams, Otten y Hinkle (2004).

La teoría desarrollada por Turner tiene la intención de ser aplicada tanto a los fenómenos entre grupos, que ya lo había desarrollado en parte Tajfel, como a los formados dentro del grupo. En general, podemos ver que los presupuestos de uno y otro coinciden en bastantes puntos, si bien los aspectos más sociales de Tajfel y los análisis macrosociales de las estructuras de las creencias sociales pasan a tener menor importancia para Turner. Él apuesta por una teoría sociocognitiva del grupo social más orientada hacia los procesos cognitivos dentro del grupo en la categorización que subyace a la conformación de la identidad. Con su teoría intenta resolver alguna de las cuestiones planteadas por su maestro, al generar un marco conceptual que pueda comprender que una misma persona pueda mantener conductas claramente

diferenciadas en función de la interacción entre el contexto social y sus características intrínsecas.

Los grupos se forman por el principio de la identidad social, es decir, que los miembros de éste se perciben a sí mismo en la misma categoría social (Turner, 1982). Su teoría tiene una importante aplicabilidad en campos como, la formación de grupos, la saliencia de las categorías sociales, la influencia social, la conexión intragrupal, la polarización grupal y la conducta e influencia de las masas (Huici y Gómez, 2004; Canto y Toranzo, 2005).

Con la teoría de la categorización del yo se recoge una serie de supuestos que se acercan a la Psicología Social cognitiva, ya que pone de relevancia los procesos cognitivos que se ocultan en la formación de categorías sociales. La identidad social que las personas adquirimos se debe hacer saliente, por lo que se plantean tres niveles de abstracción jerarquizados en función del grado de abstracción en la categorización del yo. El modelo jerarquizado propuesto se organiza mediante un criterio de inclusividad, por lo que una categoría de nivel inferior puede estar incluida en un nivel superior. Los niveles de abstracción que definen la identidad de la persona son tres (Turner, 1987):

- i. **La categorización del “yo” como ser humano**, es el primer nivel de abstracción en el que se incluye la identificación de todas aquellas características de la persona que son idiosincráticas y que les distingue frente a otras de vida. Este nivel engloba la caracterización humana dentro de la identidad de la persona.
- ii. **Las categorizaciones intergrupales** (endogrupo-exogrupo), este segundo nivel hace referencia a las categorías que revelan lo que tienen en común las personas que son miembros de un grupo, frente el resto de colectividades formadas por personas. A saber, un esquema de las semejanzas intrgrupales y lo que les diferencia con respecto a los demás grupos (Nosotros frente a los Otros). En este nivel se constituye la identidad social que define la identidad de la persona.
- iii. **Las categorizaciones personales del yo**, el tercer y último nivel de categorización, incluye todas las identificaciones que nos definen como persona, es decir, requiere un mayor nivel de abstracción. Las

categorizaciones se establecen en función de las comparaciones que hacemos las personas como seres únicos y como miembros de un grupo en concreto, es decir cotejando las diferencias y semejanzas interpersonales e intragrupalas. Con las categorizaciones personales del yo, se abarca la identidad personal, que es un ámbito fundamental en la disquisición de la identidad de la persona.

Turner (1987) señala que la identidad humana, social o personal, no se concibe como fenómenos estables, sino, que varían dependiendo del contexto social, es decir, se muestran dependiendo de cómo es la situación concreta. Igualmente plantea la hipótesis de una relación inversa en la categorización que se da en los niveles que atañen a la identidad social y personal. A saber, si las personas nos percibimos como seres únicos, las categorizaciones sociales del grupo quedarán en un segundo plano y también al contrario.

El proceso de categorización social del individuo es la clave esencial para conocer el comportamiento grupal y los factores situacionales que llevan a los patrones cambiantes a través de la identificación. Un proceso de auto y hetero-categorización sobre un continuo cuyos extremos (intrapersonal versus intergruparal) marcan importantes diferencias en cómo nos identificamos. En la mayoría de las situaciones las personas nos situamos en algún punto intermedio de ese continuo, donde se es consciente de las diferencias en ciertos aspectos entre los miembros del endogrupo y el propio yo, así como de las diferencias en otros aspectos entre éstos y el exogrupo.

Un concepto clave en la teoría de la categorización del yo es la despersonalización, que se da cuando las personas nos identificamos en términos intergrupales, pero no debemos caer en el error de considerar esta noción como pérdida de singularidad de la persona. La despersonalización es una redefinición cognitiva del yo, que debe entenderse como un proceso de estereotipación del yo, donde las personas nos vemos como prototipos intercambiables de una categoría social, más que como personas únicas. En definitiva y como advierte Turner (1989), la despersonalización del yo se trata más bien de un mecanismo por el cual la persona se mueve en un nivel más

inclusivo de abstracción y es capaz de actuar desde la semejanza con otros superando las limitaciones individuales.

Otro asunto que se plantea en los trabajos de Turner y que es relevante para esta investigación doctoral es cómo las personas nos identificamos con unas categorías y no con otras. La vinculación que hacemos las personas a una categoría social depende del principio cognitivo de metacontraste, en el que sopesamos si lo que nos une al resto de personas de un grupo es mayor al resto.

La vinculación a una categoría social implica iniciar unos procesos de confirmación conductual que son acordes a esa categoría, lo que conlleva que las personas tengamos unas expectativas en relación a esa identificación. Esta identidad social fue definida por Turner (1989) cómo el conjunto de representaciones cognitivas del yo de las que dispone una persona. Si bien, este autor postula que la identidad social en sí es una estructura difícil de observar, advierte que si se pueden analizar empíricamente las representaciones cognitivas asociadas a esa identidad social, que definió como “saliencia” (Turner, 1989).

Una cuestión también importante en la teoría de la categorización del yo, es la de considerar que la atracción y la cohesión del grupo están influenciadas por las categorizaciones realizadas sobre la persona y los demás. A diferencia de la propuesta del interaccionismo simbólico que parte de la primacía del grupo sobre el sujeto, Turner (1999) parte de un cambio de paradigma al constatar la existencia de individuos y preguntase a posteriori por el fenómeno grupal. La cohesión del grupo es un proceso adaptativo en el que se engendra una conducta común, haciendo posible las relaciones grupales de afinidad, hegemonía y cooperación entre los integrantes del grupo (Turner, 1999).

De este modo, la categorización es considerada como intermedia de ambas realidades (individuo y grupo) pero haciéndola depender de un principio cognitivo y perceptivo. Las personas asimilamos la categorización social y experimentamos emociones positivas hacia los demás integrantes del grupo al compartir esa categoría de referencia. Por el contrario, la demarcación con



personas pertenecientes a otros grupos se atoja más sencilla al considerarnos ajenos a las categorías sociales que asumimos como ajenas a nosotros.

Como conclusión, la teoría de la categorización del yo de Turner pone en relación la identidad social como comportamiento individual adherido a un continuo intrapersonal e intergrupar de la expresión de la categorización social. Así se supera uno de los obstáculos recogidos por las críticas que se suscitaron en la propuesta de Tajfel, ya que permite a las personas actuar según sus características personales, junto con otras dadas en función de la identificación con el grupo. En este último caso, al atender estímulos externos al propio sujeto, la autocategorización de la identidad social es acometida por el individuo.

Este interés por el fenómeno grupal, como resultado del proceso cognitivo del metacontraste que realizamos las personas, vuelve a reorientar el interés de las ciencias sociales hacia investigaciones de alcance medio. Si bien la concepción de identidad social en Turner se hace menos social si cabe, al depender de un proceso cognitivo-perceptivo, donde las personas nos concebimos como la personalización del prototipo de las categorías sociales.

Por todo ello, se aconseja un marco teórico para este trabajo, que asuma las aportaciones que la Psicología Social ha hecho al campo de la Identidad Social, pero que tenga en cuenta una visión más sociológica, donde las categorías sociales estén asociadas a una serie de significados y normas sociales que sirvan de guía para el comportamiento humano (Stets y Burke, 2003).

## **2.3 La búsqueda de una Identidad Social Integral en la Sociología**

Como hemos analizado en el apartado anterior, el concepto de identidad social ha sido desarrollado por la Psicología Social entendiéndolo como un



proceso de categorización, poniendo el énfasis en las interacciones directas que tienen las personas en su pertenencia o no a un determinado grupo. Así, la identidad social es el resultado de la comparación social que hacemos las personas al formar parte de un grupo con el resto de los grupos sociales, como la categorización que asimilamos al pertenecer al grupo en cuestión. No obstante, desde una perspectiva sociológica, el interés sobre la formación de la identidad va más allá de las comparaciones sociales intergrupales.

Anteriormente explicamos que el Interaccionismo Simbólico advierte que los individuos nos insertamos en una la sociedad que encarna una realidad en constante fluidez social, por lo que encontrar colectivos con unas estructuras firmes que sirvan de referencia para forjar la identidad, resulta por lo menos complicado (Blumer, 1969). Si bien, la sociología partiendo de los supuestos planteados por el Interaccionismo Simbólico, ha abordado la identidad social como proceso retroalimentado entre la persona y la sociedad. La sociedad es considerada como uno de los actores principales en la formación de nuestra conducta, al influir en nuestros esquemas para categorizarnos como un tipo de individuo (Stryker, 1987).

Este postulado no niega las características idiosincráticas de las personas como agentes en la categorización como individuos, sino que ha tratado también de explicar los procesos de negociación que son más amplios y que dan lugar al orden social (Strauss, 1978). La Psicología Social, desde nuestro punto de vista, se ha centrado esencialmente en analizar las interacciones directas en el sentido de pertenencia del sujeto a un determinado grupo y la categorización de la persona en base a las diferencias y semejanzas interpersonales e intragrupalas.

Los estudios sociológicos del último tercio del pasado siglo, con autores como Sheldon Stryker, Anthony Giddens, Pierre Bourdieu, Thomas Luckmann, Peter Berger, Ulrich Beck, Zygmunt Bauman entre otros muchos, se han centrado principalmente en la investigación de la distribución del poder, la estratificación social, la desigualdad y la conformación de las instituciones. La Sociología se interesa por el estudio de las interacciones en la formación de la identidad a un nivel medio y macro que habían sido olvidadas hasta ahora

(Stryker, 1987). Así, se pone en valor el papel que la estructura social tiene en la construcción de las identidades.

No obstante, durante esta etapa los estudios sobre la interacción dejan de lado la relación entre las distintas identidades subyacentes, y más concretamente, pretender una verdadera aproximación a la identidad social que pusiera en valor los rasgos convencionales en la formación de una conciencia social. Los análisis sociológicos sobre las identidades se han centrado en reconocer los roles, poniendo el énfasis en cómo la persona es el producto de un contexto social, internalizando y construyendo su identidad en base a éste. En los últimos años del pasado siglo, se empiezan a reconocer las distintas identidades sociales como un tema clave para comprender la acción colectiva que transforma el sistema social en nuestras sociedades, que obedecen a la lógica de la globalización y la fragmentación. Algunos estudios sociológicos como los de Castells (1997; 1998), señalaban la multiplicidad de identidades sociales que han llevado a no generar una conciencia fuerte en colectivos como el de los trabajadores, lo cual ha conllevado adquirir diferencias tanto en las situaciones laborales, consumos y otros hábitos: en estas diferencias, la identidad social se define y se afirma (Bourdieu, 1979).

Desde la entrada al presente siglo, existe un interés cada vez mayor en las ciencias sociales, fundamental en el caso de la Sociología, en desarrollar propuestas teóricas que integren los postulados de las teorías de la identidad social y la de identidad de rol y que equiparar comparen sus divergencias (Stets y Burke, 2000, 2003).

Dichas teorías conciben que las personas nos definimos en términos de unas categorías preexistentes, imaginándonos como la personalización del prototipo de las mismas. Del mismo modo, se reconoce que de algún modo la sociedad delimita la dinámica y multifacéticas características de las personas (Hoog, Terry y White, 1995) y sus conductas y discursos. Las personas cuando actuamos y nos presentamos, lo hacemos en función de la situación. Esta censura estructural, hace que intervengamos siempre dentro de unos límites sin afectar sus esquemas prácticos (Martín, 1998), y su categorizaciones sociales.

La principal diferencia entre las teorías de la identidad social y la de identidad de rol son las que atañen a:

- **Las consecuencias de las categorizaciones sociales.** Para la teoría de la identidad social existen dos consecuencias, a) uniformidad de percepciones y actitudes en el endogrupo y b) una discrepancia con las conductas y discursos con el exogrupo. Esto conlleva a asumir la importancia de la identidad entendida como un comportamiento grupal (Hogg et al., 1995). Mientras que en los postulados de la identidad de rol consideran que las consecuencias de las categorizaciones versan sólo en las diferencias que la persona tiene en las percepciones y acciones respecto a los otros con los que interactúan (Stets y Burke, 2003), por lo que supone focalizarse en la conducta individual mediada por los roles y las identidades asociadas a ella.
- **La configuración y contenido de la identidad.** La teoría de la identidad social concibe que la identidad es un constructo dinámico que responde en los contextos interactivos más inmediatos que va configurando nuestro proceso cognitivo. En cambio como señalan los profesores Owens, Robinson y Smith-Lovin (2010), las personas incorporan a través de la socialización los significados identitarios incorporándolos como parte estable de su autoconcepto. De este modo, las propuestas orientadas en la identidad de rol, ponen el énfasis en la internalización de las posiciones sociales en la configuración de la identidad.

### 2.3.1 Una teoría integral de la Identidad Social

La propuesta de una teoría integral de la identidad social, no tiene un enfoque exclusivamente centrado en la idea de la realidad dada, interna, y psicológica de la identidad, sino que persigue un enfoque más amplio, y por tanto, multidisciplinar de la identidad, tanto esencial como intersubjetiva. De esta forma, también superaría algunas de las acusaciones que desde diferentes campos ha recibido la percepción de la identidad en la Sociología,

que destacaban el escaso peso de las personas como colaboradoras en la creación de las categorías sociales. Normalmente, la Sociología ha restado importancia al papel que tienen las personas en el proceso de formación de las categorizaciones sociales, al disgregarlos en los grupos y, por tanto, en las sociedades.

Este nuevo paradigma desarrollado por psicólogos sociales cercanos a la Sociología, reivindica la comprensión de la conducta humana para conocer la identidad. Siguiendo al profesor Peter Burke y la profesora Jan Stets (2009), la identidad es considerada como el conjunto de significados que define quién es cada uno al desempeñar un tipo de rol en la sociedad, en una determinada comunidad o cuando nos afirmamos en ciertas características que nos identifican como sujeto único.

Esta concepción de la identidad se apoya en una clara perspectiva constructivista, teniendo en cuenta que la identidad se modifica desde una base ya establecida por:

- a) Las características idiosincráticas de las personas que nos distinguen del resto, que responden a lo que comúnmente ha sido denominado identidad de la persona, que está relacionada con las afirmaciones que uno se hace acerca de quién es.
- b) El rol que las personas desempeñan en un determinado grupo, cumpliendo con unas determinadas expectativas e impulsando así a tener unos comportamientos y acciones propias. En este aspecto se desarrolla lo que se ha llamado identidad de papel, relacionada con las posiciones dentro de un grupo.
- c) La identificación que hacemos las personas hacia un determinado grupo, actuando y pensado de forma similar a los miembros de este grupo sin la necesidad de tener que existir interacción entre ellos. Estas características obedecen a la noción de la identidad social y están relacionadas con las posiciones sociales.

Este nuevo planteamiento muestra la identidad definida por la categorización que hace una persona a través de un proceso gradual y

duradero, en el que los diferentes contextos afectan a cómo las personas se definen en relación a cambios en sus propias características, el papel que están ejerciendo y con el grupo social al que se identifican (Burke y Stets, 2009).

Desde este paradigma, la identidad es esencialmente razonada como social, ya que necesitamos a los demás para confirmarla y, desde el precepto individual, se forjan las identificaciones internas y externas que hacemos las personas como resultado de esa dialéctica. Ya advirtieron Berger y Luckmann (1968) que la identificación de las personas se hacen tanto a nivel de los roles que desempeñan, como al grupo de pertenencia, a través de los procesos de socialización primaria y secundaria. Con la socialización primaria se aprenden los roles de las personas que nos rodean, mientras que en la socialización secundaria se internaliza los submundos institucionalizados como son la estratificación social, la división del trabajo...; en ambas socializaciones las personas generamos una identidad. A saber, se deben tener en cuenta todos los niveles, desde el micro al macro, para un correcto análisis de las identidades.

Desde un punto de vista micro es importante resaltar cuales son quehaceres que las personas tenemos que desarrollar asociadas al rol que nos toca ejercer, como las formas en que las personas desarrollamos esas tareas a partir de los recursos disponibles y unas condiciones específicas. Desde un nivel macro, el interés se puede centrar en cómo la identidad dentro del grupo se puede equiparar a las formas de solidaridad mecánica y orgánica aportadas por Durkheim (Burke y Stets, 2009). No obstante, como señalan Burke y Stets (2000) las personas nos vinculamos orgánicamente a nuestros grupos a través de las identidades sociales, por lo que no convendría discernir entre el rol y el grupo, ya que conjuntamente estos factores determinan nuestra identidad personal (pertenecemos a un grupo y desempeñamos un rol).

Otro aspecto a tener en consideración para acercarnos a la Identidad Social de un modo más integral, es que las personas buscamos controlar nuestras percepciones y no nuestros comportamientos (Burke y Stets, 2009). Esta afirmación se sustenta en los estudios del modelo de control perceptual

desarrollados por Peter Burke. Este modelo mantiene que al controlar las percepciones de los aspectos importantes del ambiente, más que el comportamiento en una situación, las personas seguimos alcanzando nuestros objetivos a pesar de las perturbaciones del ambiente (Orozco, 2014).

La forma en la que esquematizamos nuestras percepciones, son el resultado en gran medida, de las motivaciones o intereses que guían las interacciones y negociaciones que tenemos con otras personas con unas categorías determinadas. Dichas motivaciones guardan una íntima relación con las identificaciones que hacemos las personas (Jenkins, 2004). Por lo que la identidad social se sustenta tanto en nuestros comportamientos, que son consecuencia pretendida, como en la forma de generar nuestras percepciones para una adaptación a nuestros comportamientos.

Para llegar a esta visión integral de la identidad social, que proporciona una mayor estabilidad al sostener todas las demás identidades reveladas en cada una de las posibles situaciones en las que las personas nos encontramos, es necesario conocer los discursos que generamos de nuestras acciones. Esta tarea resulta compleja, ya que hay que ir despejando cada una de las identidades constituidas jerárquicamente y que nos etiquetan en correspondencia con las afiliaciones y relaciones sociales. La identidad social, resultado del etiquetado de las creencias cognitivas, las asociaciones emocionales y conductuales (Delaux, 2002), se manifiesta en los discursos que las personas tenemos o por lo menos pretendemos.

Las creencias cognitivas que aparecen en los discursos sociales, lo hacen frecuentemente a través de un proceso de estereotipación como forma de simplificación cognitiva. Los estereotipos a nivel discursivo de las personas son elementos fundamentales en la constitución de una identidad social, que nos permite distinguarnos fácilmente del resto, en gran parte a través de un proceso de similitud y diferencia. Siguiendo a Ito (2009) esta simplificación significativa ha llevado generalmente al rechazo o incluso discriminación con aquellos que no son reconocidos como parte de nuestro grupo, más aún con la aparición de los nuevos espacios virtuales. Estos espacios forman potentes redes de aprendizaje y participación en la generación e identificación de estereotipos, en

gran parte porque las interacciones son exponenciales. Estos nuevos espacios virtuales posibilitan recursos y herramientas innovadores en comparación con las posibilidades que existen en los espacios que han existido con anterioridad, para que nos podamos expresar y transmitir quienes somos.

De esta forma, la identidad social debe analizarse no como una propiedad, sino más bien como un proceso de similitud y diferencia en el que lo individual y lo social están relacionados de una forma confusa (Jenkins, 2008). Estos procesos se hacen de acuerdo con la identidad nominal asociada a una etiqueta y no tanto a una identidad virtual que sería el significado de tenerla.

Jenkins (2004) afirma que es posible que las personas compartamos la misma identidad nominal, pero que pueden tener consecuencias para su vida práctica de forma diferenciada. Esto nos lleva a lo que anteriormente comentamos sobre la forma de abordar la identidad social, reclamando que las personas busquemos controlar nuestras percepciones (creencias cognitivas) y no nuestros comportamientos. Por ello, se pueden dar comportamientos que se podrían considerar disonantes, ampliando el abanico de posibilidades conductuales para cada identidad social, y que pone de manifiesto la dificultad que tiene su análisis.

Sin embargo, a pesar de la dificultad del análisis de los comportamientos, la identidad social también se asocia como modelo explicativo de la acción colectiva, ya que puede ser mediadora de la eficacia, la injusticia y las emociones (Turner y Stets, 2005). La cuestión de la identidad en la teoría de la acción colectiva y el análisis de ésta como constructos culturales, ya se realizó tradicionalmente desde una perspectiva sociológica y antropológica, vinculada al sentido de pertenencia, y no tanto al sentido de permanencia. Esta perspectiva entiende la identidad como herramienta a la que podemos acudir las personas y los grupos sociales para transformar la realidad social. Si bien, la nueva situación global entorpece que las personas podamos recurrir a estas identidades sólo con el sentido de pertenencia. La identidad social pone en valor el sentido de permanencia que resulta fundamental para la formación de macro discursos, formas de concebir la realidad para poder transformarla y formación de redes para asumir una visión compartida de la vida social.



Los contextos sociales de incertidumbre que estamos viviendo, son el escenario empírico apropiado para analizar los anclajes emocionales de nuestras categorizaciones. Es decir, la permanencia de las personas en el tiempo y el espacio como faceta de la visión de la identidad social, tiene un especial interés. Las personas ajustamos nuestros razonamientos entre conducta y percepción en base a nuestras categorizaciones sociales, para mantener las emociones positivas o descartar las negativas que experimentamos, sin ser sancionados en base a las expectativas de los que rompen con los dictados compartidos del grupo (Turner y Stets, 2005).

La principal conclusión generada desde esta perspectiva sociológica de la identidad social, puede ser sintetizada en la idea de que las personas, los grupos y la sociedad generan identidades a distintos niveles. Cada nivel de la identidad responde a un orden jerárquico, en el que la identidad social, tutelada por un proceso de similitud y diferencia social, en el que necesitamos a los demás para confirmarla, ocupa un lugar estratégico amparando al resto de las identidades.

Este nuevo paradigma de la identidad social se muestra imprescindible para concebir, analizar y comprender los cambios que tienen las distintas identidades en la postmodernidad. Más si cabe en nuestro caso, ya que las mujeres que van a ser madres se enfrentan a una situación en la que las transformaciones sociales están íntimamente vinculadas a cómo responder y entender estas nuevas situaciones identitarias.

La condición de ser mujer, junto a la nueva situación de ser madres, son el perfecto caldo de cultivo para analizar y comprender los discursos y los significados asociados a las distintas posibilidades de modelar su identidad social.



## **CAPÍTULO III:**

### **MATERNIDAD Y DOLOR DE PARTO**

### 3.1 El espacio semántico de la Maternidad

La maternidad es una construcción social, que ha adquirido diferentes significados históricamente en cada sociedad. La maternidad recoge un imaginario social resultado de la interacción de los distintos patrones culturales, razonamientos de los distintos grupos sociales y las corrientes ideológicas predominantes en el poder, que se desarrollan en un determinado contexto social. Este concepto ha esgrimido una forma de representar, ensalzar y visibilizar un modelo de las prácticas sociales que se vinculan a él, tanto en la gestación, el parto y las actitudes relacionadas con el ejercicio de los cuidados con el bebé.

Las prácticas sociales supeditadas a la maternidad, han servido de síntesis de los ideales y las formas contradictorias de entender el género en nuestra sociedad (Palomar, 2005). Así, la maternidad es entendida como una realidad que enfrenta ideológicamente, con una considerable intensidad entre las mujeres, básicamente en la forma de entender la relación de los derechos sociales y económicos que pueden disfrutar las madres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Actualmente y siguiendo a la Real Academia de la Lengua Española (RAE), recoge en el concepto de maternidad con las siguientes acepciones:

- a) Estado o cualidad de madre.
- b) Hospital o zona de un hospital donde se atiende a las parturientas.

De este modo, se observa cómo es considerada la maternidad en lenguaje común, con dos espacios semánticos claros, por un lado, se subordina el concepto a la condición de mujer, y, por otro lado, se contextualiza el espacio hospitalario como lugar donde se desarrolla el parto.

La cualidad de ser madre se ha sustentado históricamente en la imagen del nacimiento de una nueva identidad de la mujer. Una identidad a la que le corresponde un cambio actitud y de mentalidad, identificada con el sentimiento de ser la responsable de garantizar la supervivencia y el futuro desarrollo de su

bebé que persistirá toda su vida (Stern, Bruschweiler-Stern y Freeland, 1999). Siguiendo a Marta Lamas (2001), en las últimas décadas se ha levantado una identidad de la mujer normalizada en su papel como madre responsable del bienestar de su bebé, basado en las prescripciones sanitarias vigentes, para dirigir y encaminarse hacia el ideal de comportamiento maternal deseable socialmente. Esta idealización de la maternidad socialmente aceptada, que pretende tener un menor coste emocional, físico y social para la mujer, no está respondiendo a las continuas demandas de las parturientas (Staneva y Wittkowski, 2013). Como consecuencia, la doble percepción de la maternidad como ámbito de jurisdicción privado de las familias, pero bajo el amparo institucional de prácticas sociales que pretende respaldar la salud de madre y bebé, están distorsionando los procesos de desarrollo personal de la mujer de vivir una maternidad propia o una no-maternidad (Linares, Beutelspacher, Sanchez, Zapata y Salvatierra, 2017).

Actualmente en España, el ámbito hospitalario es el que se legitima como contexto físico para atender a las mujeres que van a parir. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2013 más del 99% de los partos que se produjeron en España se desarrollaron en el ámbito hospitalario. Esta realidad, producto de mantener una estrategia basada en la centralización de la atención para un parto en el ámbito hospitalario, ha establecido una cultura aceptada sobre la vulnerabilidad de la salud de la madre y del bebé en el proceso de parto. Un modelo de exclusión científica que tradicionalmente ha apartado a las mujeres como agentes de investigación, bajo una cultura normativa que se basa en la maternidad en base a disposiciones patriarcales, y que, finalmente, ejercen un control sobre los cuerpos-mentes de la madre (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

El ámbito hospitalario, es el espacio perfecto al responder a una imagen del parto, independientemente de ser simples o complicados, como un estado patológico que requiere un control, seguimiento e intervención de obstétrica con los instrumentos y técnicas quirúrgicas legitimadas bajo el paradigma médico (Barbosa et al., 2008).

## 3.2 Tipos ideales de mujeres en la Maternidad

Mujer y maternidad, conceptos que a priori parecen describir hechos objetivos, son conceptos tan sociales o intersubjetivos como puedan serlo el de clase social o estatus. En este sentido, la mujer ha sido definida a lo largo de la historia, en gran medida, por su papel maternal, sin el cual en ciertos momentos, perdía todo papel social, carecía de identidad como sujeto social.

Rich (1976) diferencia por primera vez entre “maternidad como institución” y “maternidad como experiencia” y sienta las bases de un estudio muy complejo sobre la maternidad en su dimensión pública, que es la que interesa principalmente al estudio social. Indica que la dimensión privada y pública de la maternidad no son sólo dimensiones paralelas sino que se entrecruzan e influye la una en la otra. La maternidad es un hecho esencial para la sociedad, y como tal, la propia sociedad ejerce una gran presión sobre el mismo, en principio “individual”, convirtiéndolo en debate público en el que intervienen familiares, vecinos, conocidos, extraños, políticos, medios de comunicación, religiosos, etc.

El discurso sobre la maternidad, basado en concepciones y estereotipos que unifican a las mujeres en una misma imagen debido a su rol de madres (Moreno y Mira, 2005) por un lado, no sólo deja de lado las diferencias individuales, sino también elementos de clase y culturales que explican los distintos tipos de maternidad que existen. Y, por otro lado, asumir que existen diferentes tipos de maternidad conlleva como mínimo poner en entredicho la existencia de una maternidad biológica instintiva (Téllez y Heras, 2005).

La maternidad en la concepción social de la mujer ha tenido una influencia casi permanente a lo largo de la historia, aunque con importantes matices en cada periodo. La transformación de la figura de la “madre” y como se vive dicha maternidad ha cambiado al mismo tiempo que ha cambiado el papel de la mujer y su presencia cada vez mayor en la esfera pública (Moreno y Mira, 2005). Hoy podríamos decir que confluyen fundamentalmente tres tipos de mujeres, hijas de un desarrollo histórico concreto, y que reflejan distintas

formas de entender la maternidad. Esta tipología de la mujer tradicional, moderna y postmoderna, fundamentada principalmente en las teorías cíclicas del cambio social, revelará que cada arquetipo de mujer surge, en parte, en contraposición con el arquetipo anterior.

### 3.2.1 La Mujer Tradicional

En el contexto social en el que se ubica la mujer tradicional, aquella que aglutina los valores más tradicionales de la sociedad patriarcal, lo público y privado son dos mundos totalmente separados, que en este perfil se traduce en una separación sexual del trabajo productivo y reproductivo. La mujer tradicional es soberana y ejecutora en el mundo privado, que abarca fundamentalmente el trabajo doméstico y el cuidado de personas.

Estas mujeres construyen su identidad en base fundamentalmente a su papel como madres. Una maternidad no sólo entendida como meta u objetivo, sino también como instrumento para crear su identidad. Es lo que se ha denominado “maternidad intensiva” (Solé y Parella, 2004) en el que la mujer dedica todo su tiempo al cuidado de sus hijos y donde socialmente se entiende la segregación radical de los roles y de los ámbitos de decisión en función del sexo. Éstos roles han sido transmitidos e interiorizados generación tras generación. Desde el nacimiento, la mujer tradicional, será educada potenciando las capacidades y habilidades que son propias en el espacio privado, y su antecesora es un espejo perfecto en el que mirarse. Se transmiten así estos estereotipos según los cuales las mujeres son emocionales, sensibles, etc., características todas consideradas adecuadas para los trabajos domésticos y del cuidado (Téllez y Heras, 2005). Por el contrario, el hombre, fuente de autoridad, es concebido como el principal sustentador económico del grupo doméstico, por lo que su papel en el mundo privado es secundario.

Cuando este “tipo” de mujer accede al mundo público, en su faceta productiva, desempeña oficios que recuerdan su papel de cuidadora o se inserta en trabajos que tradicionalmente habían desempeñado u ocupaban

sectores productivos marginales, considerándose trabajos subsidiarios, siendo el hombre el mantenedor económico principal.

### 3.2.2 La Mujer Moderna

Con el desarrollo científico de finales del siglo XIX, la lógica y la razón empiezan a dominar las distintas esferas sociales, y el rol tradicional de la mujer como dueña de la esfera más doméstica de la vida se modifica.

En el ámbito privado aparece la “madre idealizada”, donde se identifica a la mujer como madre, ya que la maternidad es el objetivo central en la vida de las mujeres (Molina, 2006). En este sentido su papel es similar al desarrollado por la mujer tradicional, pero con un cambio fundamental, la pérdida de su capacidad de decisión. Se asume que de forma “natural” (entendiendo natural como sinónimo de biológico), sólo las mujeres tienen la capacidad de estar conectadas, empatizar y dar amor, por lo que son perfectas para las acciones en el ámbito privado pero, como rasgo característico, se encuentran tuteladas bajo las nuevas doctrinas, básicamente masculinas. El Estado es el que impone los valores a asumir en la esfera doméstica (escolarización, horarios, estilos de alimentación, hábitos de sueño, etc.). La mujer moderna es la responsable de lo que ocurra en la esfera privada, pero siempre bajo los nuevos criterios estandarizados, por lo tanto, pierde parte de su poder dentro del hogar, donde se le juzgará en su papel como mujer (Hays, 1996) en base a nuevas normas externas.

En la esfera pública la mujer moderna, a diferencia de su predecesora, se incorpora para adquirir una independencia económica con el hombre. Ya no se trata de trabajos subsidiarios o de ayuda a la economía familiar, sino del desarrollo de una verdadera carrera profesional. En esta incorporación la mujer asume el mundo laboral, definido en términos masculinos, de forma completa y sin cambios evidentes. Para ser valorada en el mundo público, la mujer adopta en muchos casos características que tradicionalmente definen a los hombres (competitividad, dureza, etc.), masculinizándose en muchos aspectos para

“sobrevivir” en un mundo que sólo valora estas características nuevas para ellas.

La incorporación masiva de la mujer al mundo público no tiene como contrapartida una incorporación del hombre al mundo privado, al menos en la misma proporción. Con ello se produce un fenómeno denominado “doble presencia” (Balbo, 1978), la mujer tiene responsabilidad en su familia y en su trabajo, lo que ha implicado en algunos casos que se dé una doble ausencia, sensación de que no se atiende plenamente ninguno de los dos ámbitos provocando frustración y estrés.

### 3.2.3 La Mujer Postmoderna

En la segunda mitad del siglo XX la revolución sexual de los años 60 y 70 marcaron un modelo ideal a seguir más igualitario en las relaciones en los países occidentales. La autoridad tradicional queda relegada a un segundo plano, ganando la batalla un modelo menos disciplinario, con mayor libertad de elección y que fomenta la realización personal (Ehrenber, 2000; Gergen, 1991). Las relaciones sociales transitorias y superficiales aumentan de forma exponencial, multiplicándose los patrones de comparación disponibles en la cultura, lo que ha llevado a lo que se conoce como “saturación social”, una de las grandes características de postmodernidad (Maffesoli, 1990) y en el cual se despoja al individuo de su identidad propia.

Las fronteras de la esfera pública y privada van perdiendo nitidez, planteándose nuevas formas de definir los roles parentales y de género en la familia, con lo que el trabajo reproductivo empieza a considerarse una tarea colectiva (Hays, 1996).

Una de las características de la mujer postmoderna es que la maternidad no queda señalada como la única condición definitoria del nuevo estatus de mujer, entrando en juego nuevos parámetros de evaluación y nuevas formas de participar en el juego social (Coria, Freixas y Covas, 2005). Las mujeres postmodernas asumen más directamente la orientación de su propia vida y

constituyen un grupo de vanguardia que contribuye de manera más directa a la transformación del sentido de la maternidad y a la aparición de formas de maternidad menos convencionales (Alberdi, Escario y Matas, 2000).

Se observan tendencias que en ocasiones pueden considerarse como una vuelta a la mujer más tradicional, como es el caso de lo que se ha llamado *New Domesticity*. Así encontramos mujeres que deciden rechazar el ritmo que impone la sociedad actual para abrazar un estilo de vida basado entre otras cosas en el *Do it yourself* y el retorno a la esfera privada. Gran parte de este retorno al hogar ha sido provocado por el clima económico y la sensación que tienen las generaciones más jóvenes de no querer sacrificarse tanto por su trabajo como hicieron sus madres (Matchar, 2013).

Es una mujer que decide sobre su cuerpo, su fecundidad, su derecho al conocimiento y a la igualdad de oportunidades frente al hombre, sin perder sus condicionamientos psicogenéticos adquiridos (Lipovetsky, 2002). Es el “feminismo de la diferencia” el que teóricamente conceptualiza esta mujer, otorgando valor al género femenino y reforzándolo, negando el proceso de adquisición de patrones de conducta masculinizados para alcanzar los espacios de poder (Bel-Bravo, 2009) que caracterizan en parte a la mujer moderna.

### 3.3 El sentido del dolor de parto en nuestra sociedad

Cuando hablamos del “sentido del dolor”, podemos hacerlo desde dos ámbitos fundamentales. En primer lugar se podría hablar del sentido que biológicamente tiene el dolor. En segundo lugar, de la función o “sentido social” del dolor.

El dolor ha acompañado al ser humano durante toda su historia, pero no siempre se ha interpretado de igual forma (Le Bretón, 1995, 2010). El dolor es una representación de un estado individual que difícilmente es conocido por alguien ajeno al padecimiento del propio dolor (Franco, 1999), del que sólo



podemos conocer a partir de la propia percepción del que lo experimenta (Baszanger, 1992; Suvienenen, Reade, Kemppaine, Könönem y Dworkin, 2005), a través de su interpretación personal de la experiencia dolorosa (Leriche, 1937). El dolor se define así, además de por su componente físico, anatómico, biológico y químico (Loeser y Melzack, 1999), por las normas, valores y símbolos que tanto el que sufre el dolor como las personas que están a su lado le confieren (Kirmayer, 2008).

El dolor, como proceso al que el individuo trata de encontrar un sentido, un significado, no puede desvincularse del motivo que lo causa. El dolor de parto, dolor transitorio, fruto de un hecho biológico no constitutivo de enfermedad, con resultado habitualmente positivo (el propio nacimiento), y sobre el que no se teme su prolongación o intensificación futura (Bayes, 1998), es interpretado de forma bien distinta a cualquier otro tipo de dolor. En el dolor de parto la mujer es la protagonista, no sólo al experimentar dicho dolor, sino al interpretarlo socialmente. Pero no sólo la mujer interpreta su dolor de parto en términos sociales, sino que también interpreta el dolor de otras mujeres, y es objeto de interpretación de su dolor por parte de la sociedad en general.

Abordar el dolor de parto en las sociedades occidentales (generalizar ya es difícil en este ámbito, más aún cuanto más diferentes son las sociedades analizadas) sin dejar a un lado el sentido que socialmente se le atribuye, pasa necesariamente por explicar una obviedad. Ésta es que hay tantos partos como mujeres, y tantos dolores de parto como partos en sí. Pero esto no nos puede llevar a negar la existencia de patrones de comportamiento y de interpretación de este fenómeno social, que lo hacen más comprensible. Así, para su análisis construiremos “tipos ideales” de mujeres al estilo weberiano. De este modo se han obtenido tres “prototipos” de mujer, que si bien no suelen darse “en estado puro” en la sociedad, sí que ejemplifican las principales concepciones de la mujer y su relación con el dolor de parto, a partir fundamentalmente del sentido que dan a dicho dolor en relación con su propia identidad social.

### 3.4 La percepción del dolor de parto y el valor social en su alivio

Como cualquier otro hecho social, el parto, la vivencia del mismo, el dolor sufrido o no, etc., están influidos por factores culturales, que afectan a la forma en que decide vivir el parto y a la percepción que se tiene sobre el dolor del mismo y su sentido.

En el pasado, el dolor se ha relacionado con los malos espíritus, con el acercamiento a Dios, con un rito de paso, etc., hasta llegar a nuestros días. Actualmente, en las sociedades occidentales, se entiende el dolor de forma general como algo fútil y estéril, que no cumple una función, y que debe tratar de minimizarse. En la sociedad actual, la evitación del dolor es un valor frente al sufrimiento gratuito o evitable.

Pero el dolor de parto es un fenómeno mucho más complejo, en el que están influyendo otras características además de la cultura de la evitación del dolor. Margaret Mead, en sus estudios antropológicos ya indicó el efecto de la cultura, y del modelo educativo en la intensidad del dolor de parto (Macfarlane, 1977).

Pero no sólo el dolor tiene un sentido social, también la decisión de no sufrirlo, o los métodos y herramientas, farmacológicas o de otro tipo, que se utilizan, son objeto de interpretación social. Así, si se acepta que un determinado tratamiento o fármaco es útil y sobre todo es “adecuado” para el alivio del dolor es más probable que dicho tratamiento tenga efecto, sea más efectivo para eliminar el dolor, que si socialmente se desprestigia, se rechaza o se pone en tela de juicio, no sólo por su eficacia sino por su “legitimidad” social.

Los métodos de alivio del dolor no han sido ajenos a la visión social del parto, la maternidad y el papel que la mujer ha tenido en cada momento histórico. Hoy confluyen, siguiendo la argumentación anterior, tres mujeres en relación con los métodos de alivio del dolor. Si retomamos los tres arquetipos de mujer que se han descrito brevemente arriba, podremos entender que cada

uno de ellos vivirá el dolor de parto (en términos generales descriptivos) de una forma diferente, y le otorgará un sentido distinto.

Así, la mujer tradicional podría estar otorgando al dolor un sentido más cercano a un rito de paso, a un “vivir el nacimiento” como el inicio de una etapa, la maternidad, que caracteriza su papel fundamental de mujer. Los discursos que caracterizan esta vivencia dolorosa estarían relacionados con “vivir” el parto, y para ello es necesario pasar dolor, como elemento inseparable del trance. En general la mujer tradicional rechaza el alivio del dolor de parto al otorgar al nacimiento un valor de naturaleza, que implica aceptar el dolor como algo intrínseco del propio nacimiento. En el parto, hasta hace relativamente poco tiempo, las matronas tenían un papel predominante, quedando los ginecólogos y tocólogos en un segundo plano (Campuzano, 2007), si se producía alguna complicación médica. Era un mundo de mujeres, en el que el nacimiento es considerado algo “natural”, que no necesita control médico, y en el que el dolor forma parte integrante del proceso, que además legitima a la mujer como madre. Ésta, como “buena madre” debe renunciar a su propio bienestar para buscar el bienestar de su hijo, lo cual le confiere reconocimiento social (Tobío, 2002). Se legitima además esta postura con el ejemplo histórico, “es como se ha hecho toda la vida”, “siempre se ha parido así”, que en cierta forma deslegitima a aquellas mujeres que deciden no vivir la experiencia con toda su intensidad dolorosa.

Por su lado, la mujer moderna otorga al dolor un sentido mucho menos vinculado a la experiencia. Surge de forma conjunta con la extensión del uso de la anestesia epidural durante el parto, donde médicos y anestesistas toman un papel protagonista. Los profesionales médicos redefinen la maternidad, la medicalizan y de alguna forma se la apropian (Nash, 2000). La mujer asume el desarrollo tecnológico y biomédico como algo “natural”, y su decisión de pasar o no dolor es mucho más dirigida, e incluso en ocasiones impuesta por el sistema sanitario, el personal médico o de enfermería, y la disponibilidad administrativa. La mujer queda relegada a un segundo plano, en ocasiones objeto pasivo del proceso de nacimiento que es monitorizado y gestionado por el personal médico, que es el que “posee” el conocimiento. En compensación

por este robo de protagonismo la mujer obtiene alivio a su dolor, que se minimiza hasta su casi desaparición. Para esta mujer, hija de su contexto social, el dolor carece de sentido, es algo que debe ser evitado si es posible, y el dolor de parto no es una excepción. Este hecho, y la extensión y popularización de las técnicas médicas en general, y anestésicas en particular, hace que se popularice su utilización.

La mujer postmoderna reivindica una vuelta a “lo natural”, en el que el parto se desarrolle con la mínima intervención médica y bioquímica, no instrumentalizado y/o tecnificado. Esta vuelta a lo natural supone una reivindicación de la mujer, de su papel protagonista en este proceso, retomando las riendas del parto, del que sentía que se la había relegado a un papel secundario y pasivo. Mantienen así mismo, un discurso muy elaborado sobre las bondades que para el futuro bebé tiene este tipo de parto natural. Critican el control de la medicina sobre el cuerpo femenino y su reproducción, y decide rechazar aquellos medios anestésicos que impidan vivir el proceso en “plena consciencia”. No asumen el dolor como algo bueno, pero si natural, lo cual las coloca en situación de no tener que aceptarlo sin más, así reivindican luchar contra el mismo con otras armas, no farmacológicas sino “naturales”, tales como posturas, remedios naturales, meditación, etc. Solicitan un empoderamiento de su propio proceso en el que se sienten protagonistas, y al tiempo criminalizan las técnicas anteriores considerando que afectan negativamente al bebé y al proceso de alumbramiento así como posteriormente a la lactancia y vinculación madre-hijo. Apuestan por un parto domiciliario (o en su defecto que reproduzca las condiciones del domicilio en el hospital), rodeadas de familiares y amigos, y con la mínima intervención médica posible.

Por tanto, el significado del dolor está condicionado por las propias características de las mujeres que lo viven y de sus entornos. Si el dolor se considera que es algo natural, e incluso “bueno”, pues ayuda al desarrollo del parto y a su propia identidad, tiene una función instrumental, eliminarlo no puede considerarse más que un error. Si, por el contrario, se considera que el dolor no contribuye al parto, que es innecesario en una sociedad que en general se beneficia de los distintos progresos de la medicina, no recurrir a los

medios de alivio del dolor es lo que se considerará un error. Uno u otro significado son otorgados por la mujer en el proceso del parto, pero igualmente por toda la sociedad en su conjunto.

### 3.5 Conclusiones en torno al dolor en la Maternidad

El dolor puede tener un origen físico, emocional y psíquico, pero sea cual sea su procedencia, debe entenderse también como un concepto cultural y socialmente construido, en el que intervienen elementos psicológicos, educativos, culturales y sociológicos, y que, por tanto, requiere de un estudio basado en la percepción subjetiva y contextual. En este contexto toma gran relevancia el estudio de la mujer y su identidad social, la importancia que en ésta tiene su papel como madre. Así, también es fundamental estudiar los distintos tipos de maternidades que pueden observarse en nuestras sociedades occidentales actuales, cada vez más diversas y con diferentes fórmulas de acceso a la maternidad, que también confieren caracteres diferentes a la vivencia maternal.

Con todo, no se puede hablar de la maternidad como un hecho único, sino de maternidades, y diferentes formas de vivir la maternidad. Las mujeres deciden utilizar o no alivios estandarizados del dolor de parto, como es la anestesia epidural, en parte, según la interpretación social que le otorgan al hecho de pasar dolor. Y esta interpretación no es igual según el propio perfil de las mujeres que toman una u otra decisión, como ya se ha estudiado (Le Bretón, 1995), existiendo características e interpretaciones sociales detrás de esta decisión.

No obstante, existe un factor común en los tres tipos de mujer que hemos presentado, y es la presión que sostienen por su condición de madres, que las convierte en las principales proveedoras de bienestar y felicidad de los hijos, madres cada vez más idealizadas que deben estar atentas a las necesidades de las personas, a su cuidado (niños o mayores), y que en ocasiones niegan su

identidad como mujeres para asumir su identidad como madres (Caporale, 2005). Se ha producido una sacralización social de la figura de la mujer como madre, ésta exige a la mujer una entrega absoluta a dicho papel, con independencia del papel que desempeñe también en el ámbito público. Ello genera en las mujeres contradicciones entre el ideal social que se espera de ellas y lo que realmente hacen (Téllez y Heras, 2005).

Sin pretender que el dolor es sólo cultural, el embarazo y el parto no pueden considerarse únicamente como hechos biológicos, ya que implican aspectos sociales y emocionales que influyen en cómo se vivencia y desarrolla todo el proceso, en el que no se puede relegar a las madres a simples sujetos pasivos (Castro y Bronsman, 1993). El contexto social influye en la percepción del dolor y en la forma en que se aborda su sufrimiento o en la decisión de no padecerlo. Sin embargo, raramente se analiza el contexto social del que sufre, o las variables que pueden estar detrás de su interpretación, percepción o intensidad. En parte, esta falta de atención a los condicionamientos sociales del dolor se debe sin duda a la dificultad de análisis y de constatación empírica y científica, pero también a la tradicional concepción biomédica de la enfermedad y las investigaciones médicas (Morris, 1991). Dificultad, que se acrecienta cuando se pretende realizar comparaciones entre distintas sociedades y culturas. No obstante, sin este análisis el conocimiento del sentido social del dolor quedará incompleto en la interpretación de su significado.

## **INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**

## **CAPITULO IV:**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**



## 4.1 Preámbulo a la metodología

En los capítulos precedentes, se ha presentado la investigación y se ha desarrollado el marco teórico, que nos servirá para interpretar la realidad empírica estudiada y alcanzar los objetos concretos que se propone en esta investigación sobre la identidad social de las mujeres en el parto en Andalucía. El origen de esta investigación está bastante determinado por dos circunstancias:

La primera por la que fue mi actividad profesional como técnico superior de investigación en el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC), en la línea de investigación "Identidad social, bienestar subjetivo y comportamiento humano", donde tuve la oportunidad de trabajar en distintos proyectos de investigación relacionados principalmente con la Evaluación de Políticas Públicas Sanitarias.

La segunda circunstancia, estrechamente relacionada con la anterior, fue poder conocer, aprender y trabajar con un equipo de personas que me han animado a desarrollar una tesis doctoral en la que analizar una parte de la ingente producción empírica que de ellos se derivaron, nuestros proyectos siempre tuvieron esa vocación de contribuir al entendimiento de los hechos y fenómenos sociales, como la satisfacción del paciente con los servicios sanitarios públicos, sin dejar a un lado el papel que puede tener la ciencia como mecanismo de solución de problemas prácticos; es decir, sin olvidar esa vertiente de la sociología pública, o como algunos gustan llamar sociología aplicada, con una clara vocación de influir en el mundo que nos rodea poniendo a su servicio sus prácticas y saberes.

La Sociología Aplicada ha utilizado generalmente metodologías de observación empírica de orientación cuantitativa, aunque cada vez más se utilizan de manera combinada con las técnicas cualitativas, ya que en ocasiones, existen objetivos y contextos, que por su naturaleza, es más pertinente una investigación aplicada en los que se empleen preferentemente metodologías cualitativas (Fernández, 2006). Este trabajo empírico no pretende

predecir la conducta humana como algunos teóricos de la identidad social han pretendido, sino que pretende abordar el análisis de las identidades sociales de las mujeres a través del análisis de su decisión sobre el tipo de parto que desean y del sentido que otorgan al dolor en ese proceso.

Para alcanzar dicha meta en este capítulo daremos cuenta del diseño metodológico de la investigación: los objetivos que se persiguen, las fuentes y técnicas de recolección de información, las características de las muestras utilizadas, el proceso de análisis de los datos y las diferentes opciones metodológicas tomadas en el proceso de la investigación.

## **4.2 Diseño general de la investigación**

Definir y delimitar nuestro objeto de investigación es una tarea esencial de nuestro diseño, en la medida en que nos permitirá, en base a él, estructurar todo el proceso metodológico.

### **4.2.1 Objetivo General**

El objetivo general de este trabajo doctoral es describir y analizar las principales identidades sociales de las mujeres que se ven manifestadas a la hora de decidir el tipo de parto que desean, así como de su relación con el dolor en ese momento. El contexto geográfico para el estudio empírico está delimitado a la comunidad autónoma andaluza, si bien el objetivo es trascenderlo analizando de forma comparada con las tendencias ya estudiadas en los países del entorno de España. El alcance temporal de la investigación se extiende a los últimos tres lustros aproximadamente, si bien, serán necesarias algunas referencias a épocas anteriores.

### 4.2.2 Objetivos Específicos

Los objetivos específicos de la investigación son:

- Repasar y describir las distintas teorías sociales que han estudiado la identidad y más en concreto la identidad social desde una perspectiva de género.
- Analizar las fuentes de datos que faciliten información sobre tipos de parto tanto a nivel regional como nacional e internacional.
- Identificar, describir y clasificar los distintos perfiles de mujeres que acuden a un servicio hospitalario público para la atención a un parto teniendo en cuenta para ello el sentido que dan a su dolor de parto.
- Analizar el discurso, motivación y los “posibles” perfiles de las mujeres que no acuden a los servicios hospitalarios para ser atendidas por un parto y el sentido que dan a su dolor en el mismo.
- Conocer y describir las nuevas alternativas en la atención al parto planteadas por las asociaciones y profesionales sanitarios.

### 4.2.3 Propositiones que guían la investigación

Hay que tener en cuenta dos características fundamentales que tiene la realidad social: complejidad y variabilidad; por lo que somos conscientes de que el conocimiento al que accedemos es una aproximación y una construcción en relación con el fenómeno que estamos investigando. La aproximación hacia la realidad social de la identidad de las mujeres se ve manifestada tanto en sus preferencias sobre el tipo de parto y técnicas usadas para afrontar el dolor experimentado, como en sus propias acciones, que pueden o no coincidir con las anteriores. Por ello, es necesario asumir:

- Nuestra unidad de observación es la mujer que ha sido atendida por un parto, lo que implica analizar sus identificaciones a través de los discursos, preferencias y comportamientos.
- Las características sociodemográficas del conjunto de mujeres que afrontan la experiencia de ser madre con actuaciones claramente

diferenciadas en el parto, son fundamentales para encontrar distintos perfiles supraindividuales.

- Es necesario un estudio descriptivo de cómo se desarrollan los partos en la sociedad española y en concreto en Andalucía que nos sirva de marco contextual en el que poder interpretar los comportamientos y discursos al respecto del parto.

Con respecto a la naturaleza de los objetivos que tiene la investigación, el diseño metodológico propuesto es de carácter descriptivo, en la medida en que recoge información de diferentes tipos de mujeres cuya característica común es que han dado a luz. No obstante, también es explicativo, puesto que busca ir más allá y analizar que condicionantes o factores, sociodemográficos o de otro tipo, están relacionados con el fenómeno estudiado así como las implicaciones que tienen en las autocategorizaciones de las mujeres que afrontan el parto.

En el ámbito de los estudios de la identidad social, que como hemos visto tienen una larga trayectoria en el campo de las Ciencias Sociales en general y de la Psicología Social en particular, se han empleado diversas metodologías de análisis con distintos enfoques. Históricamente la metodología cuantitativa ha posibilitado medir aquellos fenómenos que se relacionan o forman parte de nuestro objeto de estudio, mientras que con la metodología cualitativa se ha proporcionado una información diferente, con la que más que conocer la magnitud de los fenómenos medidos lo que se pretende es interpretar de forma más correcta el sentido individual y/o social de los mismos y, por ende a profundizar en el objeto de investigación (Allardt, 1990). Por tanto ambos acercamientos a la realidad social lejos de contraponerse se complementan y dan cuenta de diferentes niveles de información y comunicación interpersonal.

Por todo ello, consideramos que para alcanzar los objetivos que proponemos en esta tesis es necesario hacer un diseño metodológico multimétodo o triangulación metodológica. Con ello, pretendemos dar cobertura e integrar tanto diferentes aproximaciones metodológicas como distintas técnicas de investigación con las que aprehender e interpretar la realidad empírica objeto de nuestra investigación.

Con la recopilación de la información desde diferentes perspectivas, el proceso de investigación en cualquier disciplina se perfecciona, pero más si cabe, en las disciplinas de las Ciencias Sociales, ya que su objeto de estudio es multidimensional. Este tipo de diseño metodológico nos posibilita superar los sesgos y limitaciones propios de cada método complementándolo e integrándolo con otro.

En conclusión, la triangulación metodológica permite una mejor captación de su pleno significado, la definición de la situación y el punto de vista del emisor (Cea D'Ancona, 2001).

La triangulación metodológica propuesta intenta responder a lo que anteriormente hemos declarado asumir para conocer la realidad social de las mujeres a la hora de afrontar su proceso de parto. Las técnicas empleadas responden cada una de ellas a los niveles arriba comentados:

- Exploración de fuentes secundarias para conocer y contextualizar las características generales de los partos que se producen en nuestra sociedad. Para ello se han realizado análisis cuantitativos de los bancos de datos que ofrecen instituciones y organismos como el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con el Sistema de Atención Especializada (SIAE), el Servicio Nacional de Salud (SNS) o el Servicio Andaluz de Salud (SAS) —con la información recogida en ambos casos a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)—, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), entre otras.
- Análisis estadístico de las características sociodemográficas de las usuarias ingresadas para la atención al parto, en función de la elección o no del uso de la anestesia epidural en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). En consecuencia para la realización de estos análisis, hemos utilizado los datos de las encuestas anuales de satisfacción a usuarias de Atención Hospitalaria en Andalucía que se realizaron desde 1999 hasta el año 2013 por el IESA-CSIC, mediante convenio de colaboración con el Servicio Andaluz de Salud.

- Análisis cualitativos centrados en dos niveles:
  - a) A nivel individual de las mujeres, para descubrir las interacciones de su acción, el significado, las preferencias, los motivos y las conductas (Cea D'Ancona, 2001) en el parto que han tenido. La información la hemos obtenido a través de entrevistas en profundidad a mujeres que habían tenido un parto en los últimos dos años.
  - b) A nivel supraindividual, para poder advertir e interpretar los discursos sociales de las mujeres, producidos en el marco de la interacción social que tienen sobre el parto, hemos analizado cualitativamente la información recogida a través de grupo de discusión a mujeres que habían tenido un parto en los dos últimos años.

## 4.3 Metodología Cuantitativa de la Investigación

La metodología cuantitativa que hemos utilizado ha tenido tanto un enfoque descriptivo como analítico. Una descripción objetiva y sistemática del contenido manifiesto de la información con el propósito de realizar inferencias válidas y replicables (Krippendorff, 1980; Tesch, 1992). Una metodología que pone el énfasis en la explicación, contrastación y medición de los fenómenos sociales, y para ello, ha sido de gran utilidad medir las variables que son objeto de nuestro estudio de una forma objetiva y mediante un tratamiento estadístico adecuado.

Siguiendo a Hurtado y Toro (1998), la fundamentación teórica de la metodología cuantitativa se puede hacer desde diferentes perspectivas:

- a) Racionalidad: las posturas epistemológicas son el cientificismo y racionalismo, caracterizadas por el apego a la tradicionalidad de la ciencia, que pretende una neutralidad valorativa como criterio de objetividad. Así el conocimiento se asienta en los hechos, en nuestro caso, en los hechos sociales que representan una parte fundamental de la realidad (dimensión estructural).

- b) Obtención del conocimiento: se reconoce como única forma de conocimiento a la objetividad. El conocimiento científico es el descubrimiento de las relación causa y efecto, que configuran nuestra realidad.
- c) Papel de la teoría: en el caso que nos ocupa, la investigación social y su marco teórico se aplica a la observación, clasificación y sistematización de los datos de la realidad.
- d) Percepción de la realidad social: fundamentada en la comprensión explicativa de la realidad bajo la concepción objetiva, unitaria, estática y reduccionista. Abordamos la realidad social, como un concepto establecido a priori a través de las teorías científicas que la explican, con un método confiable y comprobable.
- e) Concepción de la investigación: parte de una concepción lineal y finalista con una estrategia deductiva y la verificación o comprobación teórica preestablecida es el objeto.
- f) Método: la racionalidad analítica se erige como un método hipotético-deductivo perfecto propio de las matemáticas y en nuestro caso de la estadística para el análisis de la realidad social.

#### **4.3.1 Exploración de fuentes secundarias sobre los partos en Andalucía**

Para poder tener una primera aproximación al objeto de estudio de nuestra investigación, se consideró necesario realizar un análisis exploratorio y descriptivo de las características de los partos en Andalucía a través de distintas fuentes secundarias.

Esta aproximación descriptiva, además de permitirnos obtener una información contextual de la realidad de los partos para especialmente el periodo objeto de nuestro análisis, primordialmente en Andalucía aunque se dispone de algunos datos a nivel nacional e internacional, proporcionaría un punto de partida contrastable para el desarrollo de nuestra investigación,

facilitando el análisis comparativo y de tendencias, a partir de los datos utilizados.

Las fuentes secundarias utilizadas para estos análisis son tanto bases de datos y estadísticas oficiales, como informes de distintas instituciones y organismos públicos y privados: el uso de la información estadística que nos proporcionan estas fuentes secundarias fue un elemento indispensable para esta primera aproximación a nuestro objeto de estudio. Estas son:

**Tabla 1: Estadística e informes de organismos e instituciones utilizadas y año.**

| ESTADÍSTICAS E INFORMES   | ORGANISMO O INSTITUCIÓN  | AÑO  |
|---|--|------|
| Partos en España  | Instituto Nacional de Estadística (INE)                            | 2013 |
| Sistema de Atención Especializada (SIAE)  | Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)       | 2013 |
| Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)  | Servicio Nacional de Salud (SNS) y Servicio Andaluz de Salud (SAS) | 2014 |
| OECD Data Health  | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) | 2012 |
| Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones                           | Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS)                     | 2009 |
| Evolución de la Tasa de Cesáreas en los Hospitales Generales del SNS: 2001-2011 | Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)       | 2013 |
| Mapa del parto en casa en España. Datos 2013                                    | Observatorio del Parto en Casa en España. EDUCER                   | 2014 |
| La asistencia al parto de las mujeres sanas.                                    | Ministerio de Ciencia e Innovación (MCI)                           | 2007 |

*FUENTE: Elaboración propia*



El análisis descriptivo de los partos en Andalucía se ha realizado desde un triple acercamiento: a) las características sociodemográficas de los progenitores, a través de una serie de variables como son la edad, estado civil, nivel de estudios, profesión, nacionalidad, número de hijos, etc.; b) de los bebés, a través de variables como el sexo, peso y clasificación, y c) de las características del parto en sí, utilizando información sobre cuestiones como el número de hijos e hijas en el parto, el tipo de parto, la estancia media, el lugar de asistencia, etc.

#### **4.3.2 Análisis estadístico de la elección o no de las usuarias de anestesia epidural durante el parto en el SSPA**

Para el análisis estadístico de los distintos perfiles de las mujeres atendidas en los servicios hospitalarios públicos de Andalucía en función de la elección o no al uso de la anestesia epidural en el parto, hemos recogido toda la información a través de los datos que nos brindan las citadas encuestas anuales de satisfacción a usuarios de Atención Hospitalaria en Andalucía, se enmarca en el proyecto de investigación que ha desarrollado el IESA-CSIC a través de un convenio de colaboración con el Servicio Andaluz de Salud (SAS) desde 1999 hasta el año 2013. En dicho proyecto de investigación hay un módulo específico de parto que da cuenta de las variables que pueden ser de nuestro interés, que yo conozco, y tengo permiso para utilizar ya que he estado desarrollando mi actividad profesional durante casi 9 años como técnico en dicho proyecto de investigación siendo su director de tesis el investigador principal del mismo.

La encuesta de opinión y satisfacción de los usuarios de atención hospitalaria de los SSPA tiene las siguientes características técnicas:

- **Población objeto de estudio:** La encuesta de opinión y satisfacción de los usuarios de atención hospitalaria de los SSPA se dirige a personas que estuvieron ingresadas al menos 24 horas en un hospital del Sistema Sanitario Público Andaluz.

- **Tipo de entrevista:** La entrevista es telefónica asistida por ordenador en Sistema CATI-Belliew siendo así que cuando los usuarios eran menores de 16 años, habían fallecido o tenían problemas de salud para contestar, la entrevista se realizaba a la persona acompañante más cercana durante la hospitalización.
- **Tipo de muestreo:** El tipo de muestreo es estratificado por hospitales, con afijación uniforme de 400 entrevistas por hospital para cada año. La selección del usuario dentro de cada hospital ha sido por muestreo aleatorio simple por cuotas de sexo y edad a partir de las bases de datos de los usuarios del hospital.
- **Muestra total:** Desde el año 1999 hasta el año 2013 se han realizado en torno a 150.000 entrevistas.

**Error muestral:** Se asume para cada año objeto de estudio, un margen de error máximo a priori de  $\pm 1\%$ , para un nivel de confianza de 2 sigmas.

- **Temática del cuestionario:** El estudio abarca aspectos globales y particulares del servicio hospitalario prestado que, en conjunto, son una buena aproximación a la calidad del servicio. El cuestionario está formado por preguntas que miden la satisfacción con aspectos generales, otras que valoran aspectos más concretos, variables que evalúan el uso y demanda de los servicios sanitarios, y otras que valoran el conocimiento de ciertos aspectos de interés para la política sanitaria andaluza o para la prestación de servicios. Por último, el cuestionario reporta información sobre las características sociodemográficas y socioeconómicas de los entrevistados, así como de las características del sistema sanitario en el que el usuario ha sido atendido.

Para el tercer objetivo específico de la investigación que soporta esta tesis, como se ha dicho más arriba, se utilizará un bloque específico diseñado para aquellas mujeres que habían sido ingresadas por un parto, de forma que podían medir y/o evaluar utilizando diferentes ítems y escalas, aspectos importantes de su relación con el sistema hospitalario, con su satisfacción general y con diferentes aspectos concretos del servicio, así como otros que dan cuenta de su conocimiento, uso y demanda. Además tendremos la

oportunidad de analizar una de las preguntas clave de este bloque que se refiere a si utilizo anestesia epidural y el motivo en el caso de haber querido y no haberla utilizado.

#### 4.3.3 Fases del análisis estadístico a usuarias del SSPA

- **Fase Nº1:** En primer lugar, se han seleccionado los casos y las variables del fichero unificado del estudio anteriormente descrito, que son necesarios para nuestro objeto de estudio. Los casos escogidos son los de mujeres que habían acudido al hospital para la atención por un parto, lo que ha supuesto trabajar con una muestra final de 21.300 mujeres (un 14,9% del número total de entrevistas realizadas). Como variable dependiente de esta investigación se ha utilizado la pregunta que recoge información sobre la utilización o no de la anestesia epidural durante el parto: “¿Le pusieron anestesia epidural?”, y como variables independientes se han utilizados variables sociodemográficas de las entrevistadas: edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, nivel de ingresos, etc., y el año en que fue atendida.
- **Fase Nº2:** Una vez seleccionada la variable dependiente, se decidió recodificar dicha variable en un indicador a partir del interés de la investigación. Lo que nos ha llevado a analizar únicamente las respuestas de las mujeres que han tenido la capacidad real de elegir la utilización o no de la anestesia epidural en su parto. Para ello, hemos dicotomizado la variable a dos posibles alternativas: mujeres que sí utilizaron la anestesia epidural, y las que no porque no lo han considerado oportuno. Las demás alternativas existentes no las hemos tomado en cuenta, ya que en ellas no había posibilidad real de elección dadas las circunstancias en las que se produjo el parto (urgencias, contraindicaciones, cesáreas, etc.).
- **Fase Nº3:** Hemos llevado a cabo análisis bivariados entre la variable dependiente recodificada y las variables independientes anteriormente comentadas. Para ello decidimos realizar tablas de contingencia con pruebas de significación Chi cuadrado de Pearson con objeto de conocer si hay algún tipo de asociación estadística.

- **Fase Nº4:** Posteriormente, se ha realizado un análisis de segmentación jerárquica cuya finalidad es “dada una población de elementos, identificar subconjuntos homogéneos con respecto a determinadas características” (Luque, 2015), lo que lo hace idóneo para explorar qué variables independientes son las que en mayor medida discriminan en la utilización o no de la anestesia epidural.
- **Fase Nº5:** Finalmente nos decimos por realizar dos modelos de regresión logística binaria, uno con la muestra completa de los trece años contemplados y otro en el que se utilizan solamente los últimos 4 años. Con estos modelos podremos reconocer que variables son significativas y su impacto sobre la elección de la anestesia epidural en el trabajo de parto manteniendo *ceteris paribus* todas las otras variables explicativas incluidas en el modelo.

## 4.4 Metodología Cualitativa de la Investigación

Debido a la naturaleza del objeto de investigación, se consideró oportuno, como se explicitó más arriba, adoptar una estrategia de triangulación metodológica, para ello además de la utilización de fuentes secundarias y primarias de datos cuantitativos, hemos decidido incluir en el diseño metodológico información de carácter cualitativo diseñada al efecto de los objetivos de esta investigación. En este epígrafe daremos cuenta tanto de las técnicas de investigación utilizadas como del enfoque cualitativo empleado.

Tradicionalmente el paradigma cualitativo presenta unas características claramente diferenciadas del paradigma cuantitativo, siguiendo a la profesora María Ángeles Cea D’Ancona (2001) estas particularidades son:

- a) **Historicismo, fenomenología e interaccionismo simbólico:** Se centran individualmente en la persona, poniendo de manifiesto el papel de los significados, los motivos y las intenciones de ésta. Esta epistemología interpretativa responde a la dimensión intersubjetiva.

- b) Especial énfasis en el actor individual: Tanto en el marco de referencia de la persona o en el grupo social en el que actúa, hay una descripción y comprensión interpretativa de la conducta humana.
- c) Recogida de la información de forma flexible: El desarrollo de la investigación marca un proceso interactivo continuo dinámico que responde principalmente a la naturaleza de los fenómenos que estudiamos.
- d) Análisis interpretacional: Caracterizado por la investigación socio-lingüística y semiológica de los discursos expuestos, las acciones realizadas y las estructuras latentes que son fundamentales para la comprensión del objeto.
- e) Pretensión ideográfica: Búsqueda cualitativa de significados de la acción humana, de una forma más completa y profunda de los fenómenos.

La inclusión en el diseño metodológico de esta tesis de técnicas y método cualitativos nos va a permitir explorar los discursos sociales sobre el proceso de parto y el sentido que el dolor tiene en el mismo, y más en concreto las percepciones, opiniones y valoraciones de mujeres que han tenido una experiencia de parto reciente, complementando la información con los conocimientos que tienen personas expertas en la materia a nivel sanitario y de otros ámbitos.

La elección de la metodología cualitativa responde a la necesidad de profundizar en los conceptos, el ideal del parto y el sentido del dolor en él, que son difícilmente medibles. Es por ello que hemos pedido a los actores sociales que pongan voz a dicho significado a través de dos técnicas cualitativas, que son lo suficientemente abiertas para conseguir los objetivos propuestos: la entrevista en profundidad y el grupo de discusión.

La información recogida en las entrevistas en profundidad y en los grupos de discusión ha sido analizada de manera conjunta y separada, a través de un análisis de contenidos. En ambos casos, la información quedó registrada en archivos de audio creados por la grabadora, herramienta esencial en la metodología cualitativa. Posteriormente, los archivos de audio han sido transcritos para poder analizar y codificar algunos elementos clave en torno a

los diferentes temas tratados por el objeto de investigación. A través de una asignación de códigos, hemos podido descomponer toda la información y ver las relaciones de éstas para posteriormente reagruparlas en unas categoría más específicas.

Finalmente hemos explorado el discurso de las mujeres desde su propio punto de vista, sobre el sentido que atribuyen a su maternidad, la percepción del dolor en el parto y las expectativas sobre su nueva situación en función de las tipologías que en el capítulo anterior desarrollamos. Estos análisis prestan un especial interés a los significados que las mujeres atribuyen a su propia experiencia como parturientas, la percepción del dolor de parto y las prácticas sociales en torno a su maternidad, así como las discrepancias si existiesen.

Si bien, somos conscientes de dos obstáculos a los que nos enfrentamos a la hora de hacer un análisis de contenidos:

- a) aquello que percibimos y codificamos, aunque intenta acercarnos a nuestro objeto de estudio, siempre estará filtrado por nuestra propia experiencia individual,
- b) el mundo real tiene una complejidad riquísima, en el que existe la posibilidad, desde distintos análisis e interpretaciones enfrentadas, de analizarla. Si bien cualquier intento de realizar un análisis de reducción única válida es imposible, no obstante puede ser útil y apropiada para acercarnos a esta realidad, ayudándonos a poder comprenderla (Gurdián, 1995).

Por todo ello aceptamos que el análisis de contenidos tiene un grado de subjetividad que es imposible de obviar, pero su fuerza recae en la fase de interpretación de la información y su interconexión para hacer congruente el hilo discursivo, el razonamiento y la aplicación de los contenidos analizados (Gadamer, 1977), así como en su potencial como proxi analítico de la intersubjetividad (Dilthey, 2000).

El análisis de contenidos entiende que el informante actúa de acuerdo a los principios de coherencia y de correspondencia. Por lo que al analizar las palabras expresadas por el informante, podemos entender sus creencias,

deseos e intenciones, representándose a sí mismo como alguien que cree lo que dice (Davidson, 2003).

#### 4.4.1 La Entrevista en Profundidad

La entrevista en profundidad es una de las técnicas por excelencia dentro de la metodología cualitativa en el ámbito de las Ciencias Sociales en general y de la sociología en particular, esta técnica de investigación consiste en el encuentro entre la persona que investiga y la que informa, para la comprensión de las perspectivas que tienen las personas informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones y que son expresadas con sus propias palabras (Taylor y Bogdan, 2000).

En nuestro caso, las entrevistas en profundidad se han realizado a distintos tipos de informantes como son mujeres que han tenido un parto tanto en el ámbito hospitalario como fuera de él; matronas que dirigen partos en el hospital y fuera de éste, y otras personas expertas en materia perinatal. En concreto, se ha optado por un tipo de entrevista que es la entrevista en profundidad, lo cual se ha realizado por las siguientes razones:

- a) La entrevista en profundidad es una técnica que se desarrolla en una situación dialógica, donde accedemos a la comprensión de los discursos a través de la comunicación verbal, para entender y profundizar sobre los conceptos y el significado intencional con el que son utilizados por las personas entrevistadas.
- b) Aunque en la entrevista se da una situación dialógica, no se produce una conversación ordinaria, sino que tiene un sentido pragmático, el de la investigación, que es tremendamente útil y aconsejable para obtener información de personas que sean miembros de colectivos no mayoritarios o con un discurso socialmente no compartido.
- c) De la entrevista en profundidad se pueden obtener una gran cantidad de datos llenos de significados, en el que la persona que investiga tiene acceso inmediato para reformular algunas de las cuestiones de manera directa con la persona entrevistada.

- d) A diferencia de otras técnicas cualitativas de investigación, la entrevista en profundidad permite la libre expresión de la persona informante sin la presión y los prejuicios que pudiera advertir cuando lo expone en un grupo.
- e) Con la entrevista en profundidad intentamos que las personas entrevistadas puedan hablar de sí mismas, de expresar a otra persona como perciben e interpretan las distintas situaciones sociales cotidianas que son una de las claves fundamentales a la hora de analizar la identidad social.

#### 4.4.1.1 Sobre los ejes temáticos de las entrevistas en profundidad

Para la realización de las entrevistas en profundidad hemos optado por un planteamiento abierto que recojan una serie de temáticas amplias que faciliten que las entrevistadas pudieran ir articulando sus respuestas lo menos dirigidamente posible.

Por ello, se han planteado una serie de preguntas que incitaran la conversación pero que no tenían un orden predeterminado ni un enunciado estricto (Erlandson, Harris, Skipper y Allen, 1993). De hecho, durante el trabajo de campo nos hemos encontrado las siguientes situaciones:

- a. Aparecen cuestiones que nos iban planteando las personas entrevistadas y que hemos ido anotando como marcos alternativos en las siguientes entrevistas, siguiendo el enfoque progresivo propio de la metodología cualitativa.
- b. Ha habido cuestiones que han sido únicamente planteadas en algún tipo de informante e informaciones que sólo se han obtenido en alguna entrevista.
- c. Cuestiones que teníamos pensado plantear a la persona entrevistada han sido contestadas junto con una pregunta anterior.



En definitiva, más que seguir estrictamente un guion previo, durante la realización de las entrevistas en profundidad, hemos intentado mantener tres premisas:

- 1- Focalizar nuestras interacciones para recoger los aspectos esenciales que ayuden a clarificar nuestro objeto de investigación sin indagar sobre cada uno de los temas en un orden prefijado (Alonso, 1994).
- 2- Modificar, sustituir e incluso eliminar algunas de las cuestiones planteadas inicialmente con el objetivo de entender el foco de estudio en su totalidad (Stake, 1998).
- 3- Intentar facilitar el flujo de conversación, con una actitud sensible discreta y de amplitud mental hacia la persona informante (Woods, 1989).

Con todo en la mayor parte de las entrevistas realizadas, se trataron un conjunto de ejes temáticos que se repiten independientemente del tipo de informantes (mujeres que han tenido un parto, matronas u otros expertos en el objeto de investigación), aunque también aparecen algunas cuestiones o incluso ejes temáticos que sólo fueron planteados por determinadas personas en razón de sus características como informantes. Los temas que se han analizado en las entrevistas en profundidad son:

- La educación maternal
- El sentido de la maternidad
- El sistema sanitario obstétrico
- El dolor de parto
- El parto ideal

Las características de las entrevistas en profundidad realizadas se muestran a continuación en la tabla 2.

**Tabla 2: Características de las entrevistas en profundidad realizadas.**

| Código de Entrevista | Persona entrevistada   | Espacio y ciudad                       | Fecha              |
|----------------------|--|--|--------------------|
| EP1                  | Matrona del SSPA que atiende partos hospitalarios                          | Despacho en el Hospital (Sevilla)      | Julio de 2014      |
| EP2                  | Filósofa que trabaja con temas perinatales                                 | Cafetería (Alicante)                   | Agosto de 2014     |
| EP3                  | Mujer que ha tenido el parto fuera del ámbito hospitalario                 | Domicilio de la entrevistada (Sevilla) | Septiembre de 2014 |
| EP4                  | Mujer que ha tenido el parto fuera del ámbito hospitalario                 | Cafetería (Sevilla)                    | Septiembre 2014    |
| EP5                  | Matrona que atiende partos fuera del ámbito hospitalario                   | Domicilio de la entrevistada (Sevilla) | Octubre 2014       |
| EP6                  | Matrón del SSPA que atiende partos hospitalarios                           | Cafetería (Granada)                    | Noviembre 2014     |
| EP7                  | Matrona del SSPA que atiende partos dentro y fuera del ámbito hospitalario | Cafetería (Granada)                    | Diciembre 2014     |
| EP8                  | Mujer que ha tenido el parto en un hospital de SSPA                        | Domicilio de la entrevistada (Málaga)  | Julio 2015         |
| EP9                  | Mujer que ha tenido el parto en un hospital privado                        | Cafetería (Málaga)                     | Septiembre 2015    |
| EP10                 | Jurista especialista en igualdad de género                                 | Despacho en la Universidad (Córdoba)   | Febrero 2016       |

FUENTE: *Elaboración propia*

#### 4.4.2 Los Grupos de Discusión

Una de las técnicas de recogida de datos cualitativos que más se han empleado en la investigación sociológica, es la realización de grupos de discusión. En concreto el grupo de discusión (GD), ofrece una situación social que favorece o propicia la emergencia de los discursos sociales en varios sentidos: facilita el acceso al lenguaje y a los conceptos propios de los participantes; permite a los participantes establecer las cuestiones sobre las que se estructura el debate (sus propias agendas); estimula la producción de relatos o explicaciones elaboradas de las propias motivaciones; en definitiva,

ofrece una oportunidad de observar en la práctica la construcción colaborativa de los sentidos (discursos).

Con la técnica del grupo de discusión pretendemos captar los discursos de las propias mujeres sobre su papel rol de madre, pero no sólo como cuestión individual o personal de las mujeres, sino sobre todo como un concepto o representación social que condiciona las distintas formas colectivas como son vistas las madres. Además, exploraremos la relación de estas concepciones de la mujer como madre con las distintas concepciones del trabajo del parto y el papel del dolor en el mismo.

Todos los grupos de discusión realizados se realizaron en un espacio neutral, que no tuviese a priori ningún tipo de connotación simbólica para las participantes, para que los discursos que se generen no tuviesen interferencias que procedan del contexto espacial donde se realizaron. Asimismo, el espacio en sí, donde el grupo intervenía disponía de todos los elementos necesarios para el desarrollo del mismo (agua, comodidad, iluminación pertinente...).

Los grupos de discusión han sido conducidos por un sociólogo experto en técnicas cualitativas, cuyo objetivo fundamental ha sido facilitar un discurso social libre, interviniendo simplemente para introducir los temas a tratar para reconducir un tema en cuestión.

#### 4.4.2.1 Propuesta metodológica de los grupos de discusión

Se diseñaron y realizaron 10 grupos de discusión por toda geografía andaluza, divididos principalmente en dos tipos:

- a) **Grupos de discusión amplios o canónicos:** 6 grupos integrados por entre 7 y 9 mujeres con un hijo menor de 2 años cuyos perfiles son:
- Menores de 25 años
  - Con 25 años o más
  - Con estudios secundarios obligatorios (ESO) como máximo
  - Con estudios secundarios no obligatorios (Ciclos formativos de grado medio, bachillerato) o estudios superiores

- Con dedicación a las labores domésticas no remuneradas
- Empleadas fuera del hogar o están en búsqueda activa de empleo.

En general, se optó por simplificar los perfiles de las mujeres que formarían parte de los grupos para facilitar la convocatoria de reuniones. En efecto, se consideró que definir perfiles excesivamente específicos de las participantes haría prácticamente inviable la contactación y por tanto la celebración de algunos de los grupos de discusión canónicos.

b) **Grupos de discusión reducidos:** 4 grupos integrados por entre 3 y 5 mujeres con un hijo menor de 2 años cuyos perfiles son:

- Con estudios secundarios obligatorios (ESO) como máximo
- Con estudios secundarios no obligatorios (Ciclos formativos de grado medio, bachillerato) o estudios superiores
- Menores de 25 años
- Con 25 años o más

Hemos planteado la realización de grupos de discusión en un formato reducido (GDR) para algunos perfiles y para contextos concretos. Este formato reducido del grupo de discusión, constituye la situación de investigación idónea para la emergencia o expresión de las experiencias personales de las participantes, así como para la confrontación o conversación en torno a ellas (Ruiz Ruiz, 2012, 2014). El grupo de discusión reducido presenta en este sentido principalmente dos ventajas sobre el grupo más numeroso: por un lado, supone un menor peso o presión del grupo sobre las opiniones y posicionamientos de cada uno de los participantes, lo que propicia un espacio social más cómodo y una menor tendencia a esgrimir el tópico social como cierre discursivo; por otro lado, el menor número de participantes proporciona a cada una de ellas una mayor disposición de tiempo para expresarse, lo que resulta muy positivo en cuestiones en las que los participantes tienen un conocimiento o una experiencia amplia.

Con este planteamiento metodológico discernir entre grupos de discusión amplios y reducidos, nos permite replicar algunos grupos de discusión con el mismo tipo de perfil de mujer. Por ejemplo, las madres recientes con estudios obligatorios como máximo, por un lado y madres recientes con estudios secundarios post-obligatorios y estudios superiores, son perfiles que han sido replicados en ambos grupos. Esta réplica en un formato reducido de los grupos que se distinguen según el nivel de estudios persigue un doble objetivo: por un lado, un objetivo sustantivo que consiste en comprobar las diferencias discursivas sobre el parto entre las mujeres según su nivel de estudios en dos condiciones discursivas diferentes (grupo amplio y grupo reducido); y por otro lado, un objetivo metodológico, que consiste en comprobar la mayor probabilidad de emergencia de experiencias personales en los grupos más reducidos, en comparación con la que presentan los grupos más numerosos.

Del mismo modo, planteamos también la realización de dos grupos reducidos con madres residentes en zonas rurales de Andalucía, entendiendo como tales núcleos de población menores de 20.000 habitantes. En este caso, el formato reducido de grupo de discusión facilitará la convocatoria de la reunión en un contexto en el que no abundan las potenciales participantes y además facilitará la dinámica grupal de un grupo formado por participantes que, con una alta probabilidad, se conocerán entre sí. Los dos grupos a realizar en entorno rural vendrán definidos por la edad, con un grupo de discusión reducido con madres recientes menores de 25 años y otro con madres recientes de 25 años o más.

La incorporación de los grupos reducidos, no sólo ha posibilitado replicar alguno de los grupos de discusión amplios, sino que para determinados temas tratados ha posibilitado en mayor medida la generación de discursos sociales. En estos grupos reducidos, predominan los discursos sociales circulantes, con un mayor tiempo para la elaboración de los argumentos, con una participación más equitativa de todas las mujeres y una adecuada conexión entre ellas.

En todos los grupos de discusión que hemos realizado, independiente de ser canónico o reducido, se han analizado un conjunto de ejes temáticos del

mismo modo que en las entrevistas en profundidad anteriormente expuestas. Los temas que se han analizado en los grupos de discusión son:

- Cómo viven la maternidad
- Su experiencia en el parto
- Su gestión del dolor de parto en el parto
- Trato recibido durante el parto
- Percepción de cuál es el parto ideal

El tipo de grupo (canónico o reducido), el perfil de las mujeres que han participado en cada uno de ellos, la localización y la fecha en las que los hemos realizado los presentamos a continuación en la tabla 3.

**Tabla 3: Características de los grupos de discusión realizados.**

| Tipo de Grupo de Discusión                   | Perfiles de las mujeres   | Municipio                      | Fecha        |
|--|---|--------------------------------|--------------|
| <b>GD1</b><br>Grupo Canónico<br>de 8 mujeres | Mujeres de 25 años o más, con al menos un hijo menor de dos años  | Mairena del Aljarafe (Sevilla) | Febrero 2016 |
| <b>GD2</b><br>Grupo Canónico<br>de 8 mujeres | Mujeres menores de 25 años, con al menos un hijo menor de dos años  | Armilla (Granada)              | Febrero 2016 |
| <b>GD3</b><br>Grupo Canónico<br>de 8 mujeres | Mujeres con bajo nivel de estudios (estudios secundarios obligatorios, ESO, como máximo) y con al menos un hijo menor de dos años | Écija (Sevilla)                | Febrero 2016 |
| <b>GD4</b><br>Grupo Canónico<br>de 7 mujeres | Mujeres con estudios secundarios no obligatorios o estudios superiores, y con al menos un hijo menor de dos años.                 | Puerto de Santa María (Cádiz)  | Marzo 2016   |

|   |   |                      |                          |
|---|---|----------------------|--------------------------|
| <b>GD5</b><br>Grupo Canónico<br>de 8 mujeres                  | Mujeres dedicadas a las labores domésticas no remuneradas, y con al menos un hijo menor de dos años                               | Córdoba              | Marzo<br>2014            |
| <b>GD6</b><br>Grupo Canónico<br>de 8 mujeres<br>hospitalarios | Mujeres que trabajan fuera el hogar o están en búsqueda activa de empleo, y con al menos un hijo menor de dos años                | Almería              | Noviem<br>bre de<br>2014 |
| <b>GDr1</b><br>Grupo Reducido<br>de 4 mujeres                 | Mujeres con bajo nivel de estudios (estudios secundarios obligatorios, ESO, como máximo) y con al menos un hijo menor de dos años | Écija<br>(Sevilla)   | Febrero<br>2016          |
| <b>GDr2</b><br>Grupo Reducido<br>de 4 mujeres                 | Mujeres con estudios secundarios no obligatorios o estudios superiores, y con al menos un hijo menor de dos años.                 | Rota<br>(Cádiz)      | Marzo<br>2016            |
| <b>GDr3</b><br>Grupo Reducido<br>de 4 mujeres                 | Mujeres de 25 años o más, con al menos un hijo menor de dos años, residentes en una localidad rural.                              | Huéscar<br>(Granada) | Febrero<br>2016          |
| <b>GDr4</b><br>Grupo Reducido<br>de 4 mujeres                 | Mujeres menores de 25 años, con al menos un hijo menor de dos años, residentes en una localidad rural                             | Béas<br>(Huelva)     | Marzo<br>2016            |

*FUENTE: Elaboración propia*

## **CAPÍTULO V:**

### **LOS PARTOS EN ANDALUCÍA, UNA REVISIÓN DE FUENTES SECUNDARIAS**



## 5.1 Consideraciones a tener en cuenta

En este quinto capítulo se ha analizado y cuantificado cómo se han desarrollado los partos en Andalucía, para ello se presenta la revisión de fuentes secundarias que el doctorando junto a su grupo de investigación realizaron para el proyecto denominado “Percepción y discursos sociales del dolor en el trabajo de parto”. Este proyecto está subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad para los años 2015 y 2016 correspondiente al Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación orientada a los Retos de la sociedad, en su convocatoria de 2014.

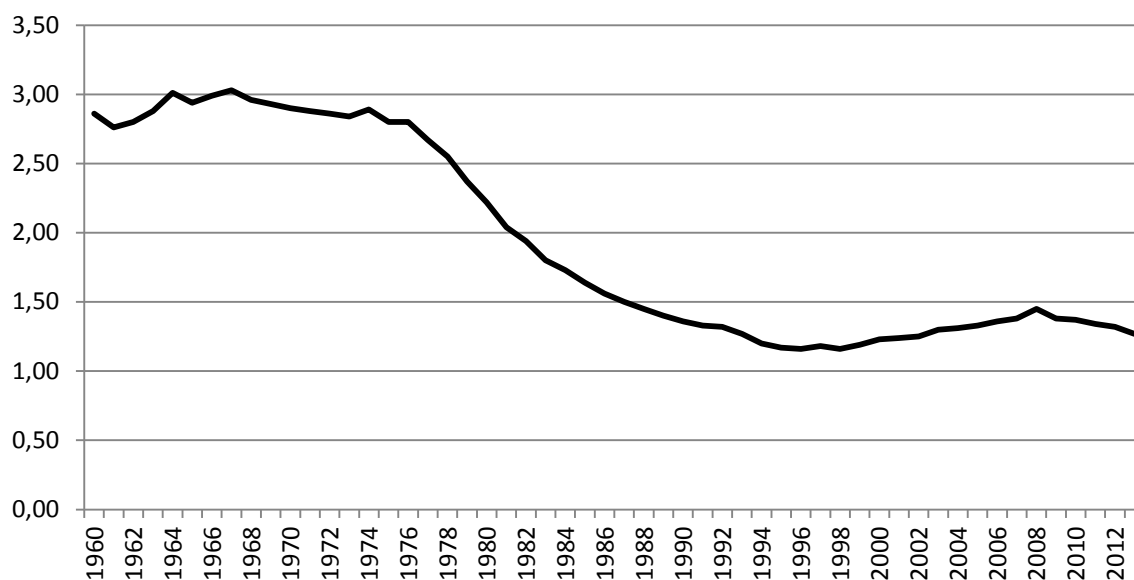
Como se explicó en el anterior capítulo, la principal fuente de datos utilizada para la exploración de fuentes secundarias sobre los partos ha sido la estadística de partos ocurridos en España en el año 2013, realizada por el INE. No obstante, también se han utilizado los datos del SIAE, que publica informes periódicos sobre su actividad estadística, así como el CMBD, que aporta información de todas las personas hospitalizadas en algún centro sanitario del Servicio Nacional de Salud, así como el CMBD del Servicio Andaluz de Salud para el año 2014. También se han utilizado algunos datos de la OCDE para el año 2012 o evolución histórica, disponible en su página web.

Además, se ha realizado una revisión bibliográfica que ha tratado de recoger otras publicaciones que incluyesen otros datos de especial interés sobre el desarrollo de los partos en España (MSPS, 2009; MSSSI, 2013, MCI, 2007).

## 5.2 Características sociodemográficas de los progenitores

Lo primero a señalar es que los partos analizados se producen en un contexto caracterizado por la disminución de la fecundidad y natalidad tanto en nuestro país como en el resto de Europa, que se viene produciendo desde final de los años 60 del pasado siglo. No obstante, esta tendencia decreciente llegó a su punto de inflexión, en el caso de España, en el año 1998 con una Tasa de fecundidad de 1,16, produciéndose a partir de ese momento un repunte muy suave durante una década tanto entre las mujeres nativas como inmigrantes. Para posteriormente en los años que restan hasta el año 2013, volver a descender, coincidiendo con la crisis económica, aunque de forma menos acentuada que en periodos anteriores. En el año 2013 la Tasa de fecundidad española se sitúa en 1,27 hijos por mujer.

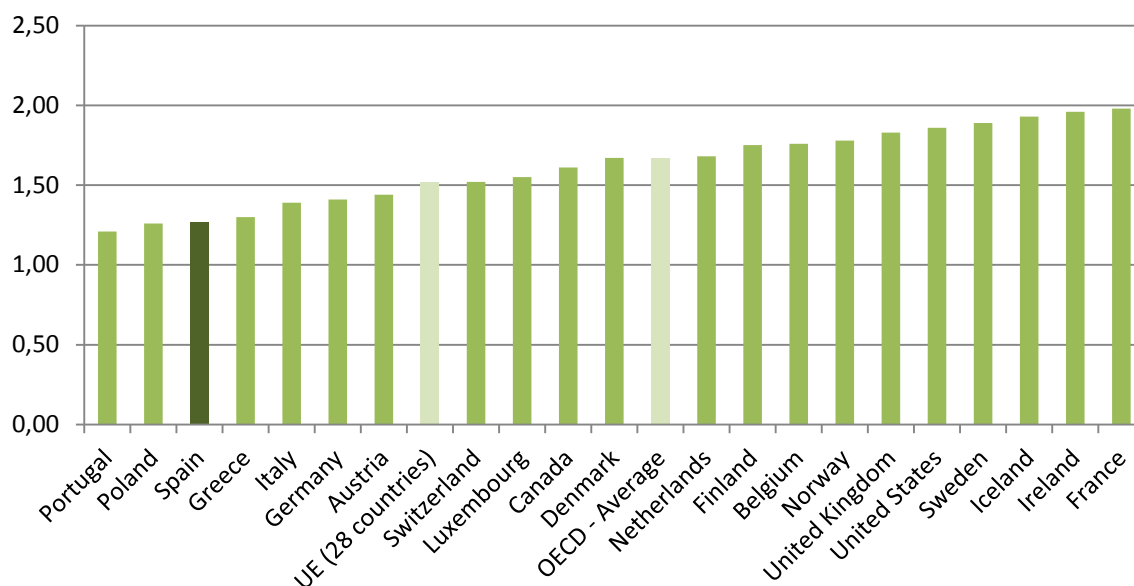
**Figura 1: Tasa de fecundidad en España desde 1960 hasta 2012**



Fuente: OCDE. <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm>

En el año 2013, España presenta, como se observa en la figura siguiente, una de las tasas de fecundidad más bajas de los países de su entorno, por debajo de la media de la Unión Europea (1,52) y de los países de la OCDE (1,67).

**Figura 2: Tasa de fecundidad por países. Año 2013**



Fuente: OCDE. <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm>

En el año 2013 el número total de nacimientos que se produjeron en España fue de 425.715, de los cuales el 19,14% corresponden a nacimientos en Andalucía, ya que es una comunidad autónoma más poblada y con una de las tasas de fecundidad más alta de España.

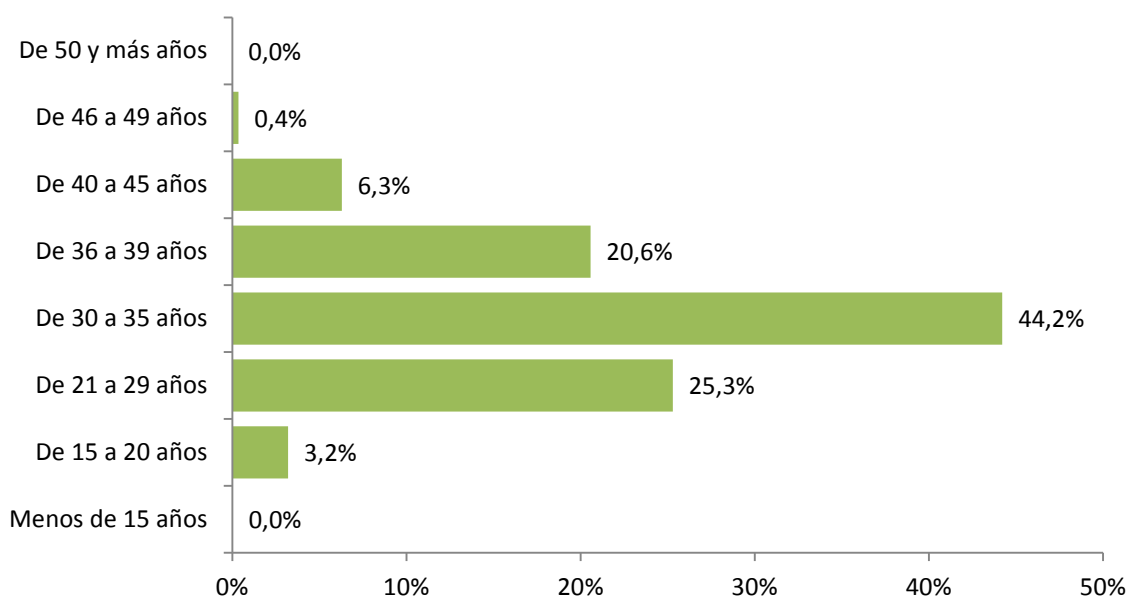
Así pues, pese al descenso de la natalidad y la fecundidad en nuestro país, el parto es una de las causas más frecuentes de ingreso en los hospitales españoles, siendo la primera causa de alta en Andalucía, Murcia y en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

### 5.2.1 Edad

En el año 2013 se produjeron en España más de 418.000 partos, de los cuales el 93,37% llegaron a término, y el 6,63% se clasificaron como prematuros.

El retraso de la edad media de la maternidad es una realidad en toda Europa, que también se puede contrastar en España. En concreto, si la edad media de las madres que dieron a luz en España en el año 1975 era de 28,8 años, en el 2006 fue de 30,9 años, y ya para el 2013 situaba en los 32 años. La distribución por edades en este último año es la siguiente figura.

**Figura 3: Edad de la madre en el parto en España. Año 2013**

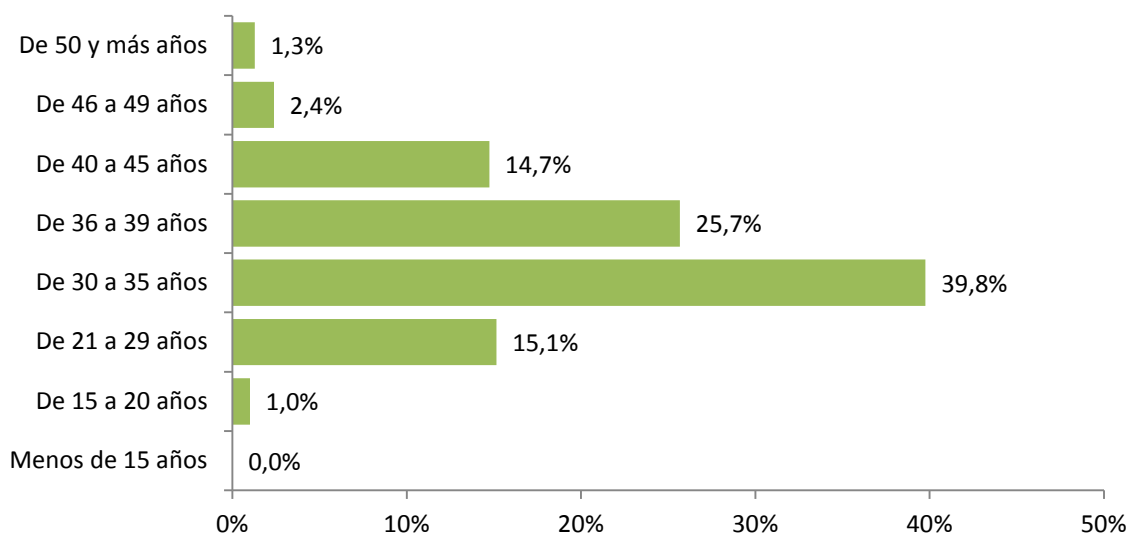


Fuente: INE. Elaboración propia

No hay grandes diferencias por Comunidades Autónomas de residencia de la madre, bajando ligeramente la edad media en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, y entre las personas que residen en el extranjero, siendo en los tres casos de 29 años. En el caso de Andalucía, la edad media de las mujeres que dan a luz en el año 2013 es de 31 años.

Por su lado, los hombres que han sido padres en el año 2013 tienen una edad media de 34,7 años, casi tres años superior al de las mujeres. Para el caso de Andalucía los datos sobre la edad media de los padres no distan muchos de los nacionales, en concreto la media de edad de los padres andaluces es de 33,9 años, siendo su valor modal 34 años.

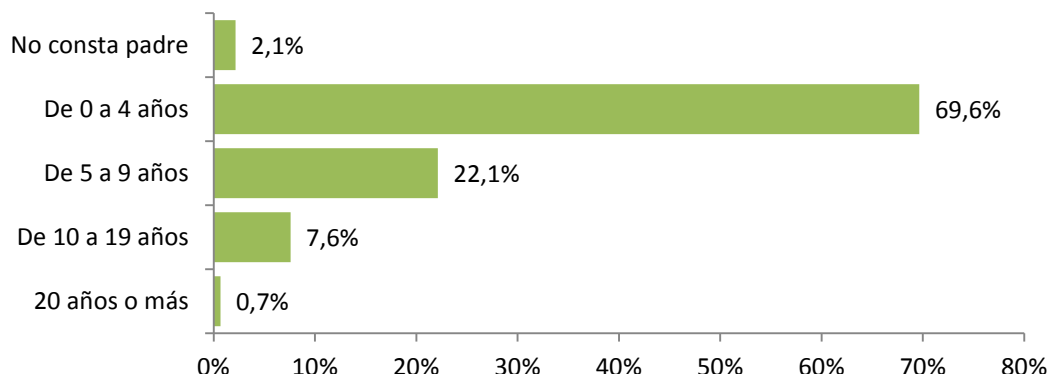
**Figura 4: Edad del padre en el momento del parto en Andalucía. Año 2013**



Fuente: INE. Elaboración propia

La diferencia de edad de los progenitores en el momento del parto en el año 2013 es en la mayor parte de los casos muy similar. Casi el 70% de los padres se llevan entre 0 y 4 años, un 22% tienen edades que se distancian entre 5 y 9 años, y un 7,6% tienen edades que se separan en más de una década.

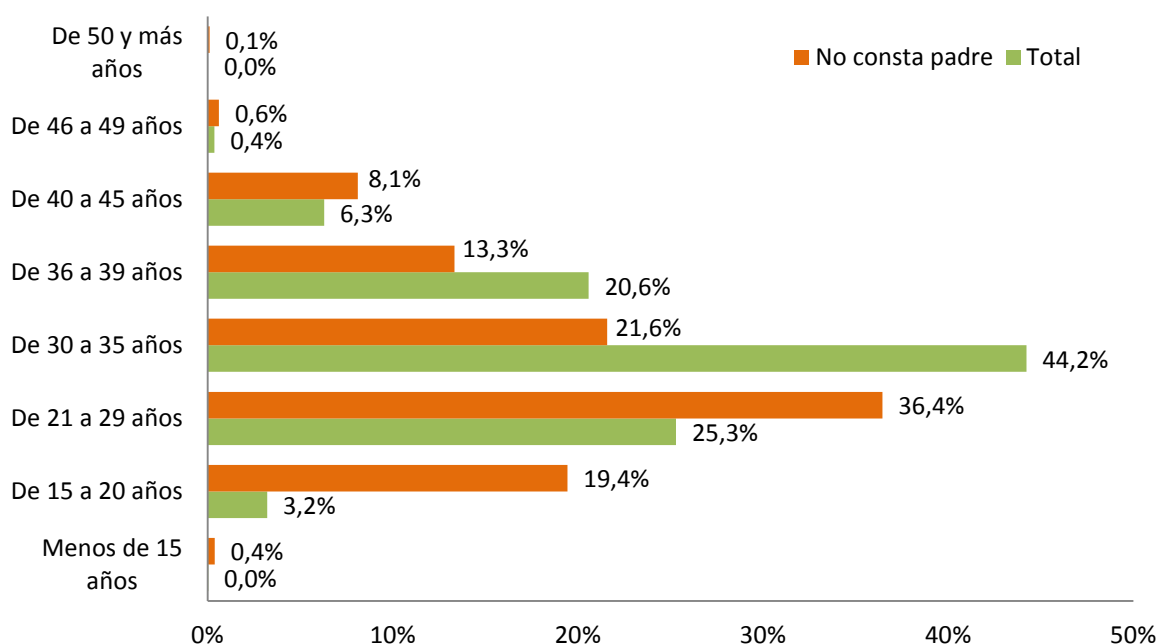
**Figura 5: Diferencia entre la edad del padre y la madre en el momento del parto en Andalucía. Año 2013**



Fuente: INE. Elaboración propia

En el 2% de los casos no consta la edad del padre. Si analizamos los casos en los que no aparecen reflejados los datos del progenitor masculino, observamos que las mujeres que dan a luz son fundamentalmente mujeres muy jóvenes o jóvenes: el 19% entre 15 y 20 años, y el 36% entre 21 y 29.

**Figura 6: Edad de la madre en el momento del parto total y en el caso de que no consten los datos del padre en Andalucía. Año 2013**



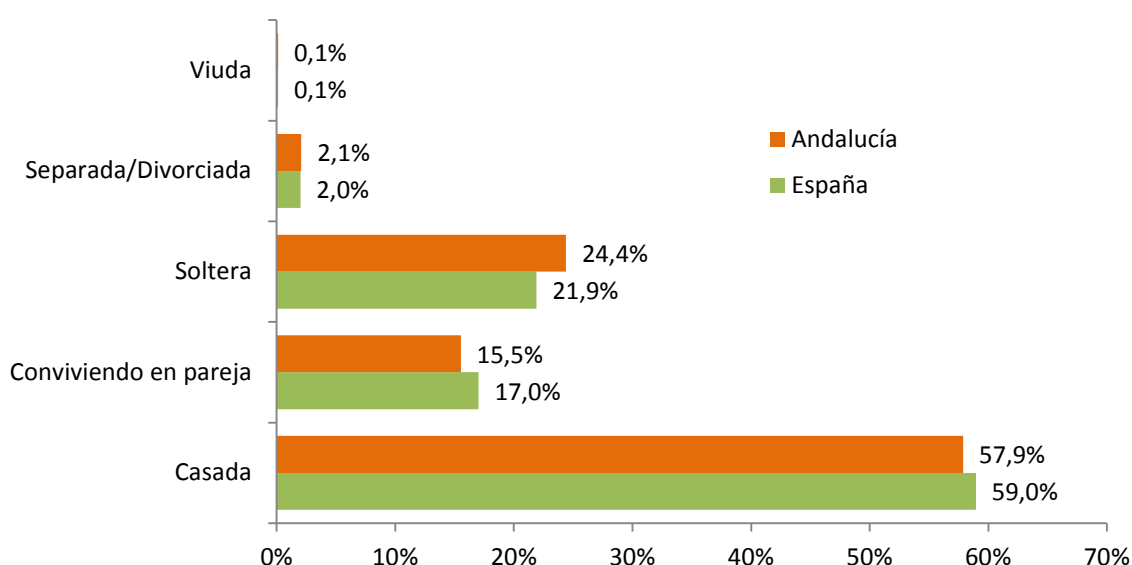
Fuente: INE. Elaboración propia

### 5.2.2 Estado civil

Tres de cada cuatro mujeres que han dado a luz en España en 2013 están casadas o conviven en pareja, siendo el porcentaje de mujeres solteras de un 21,9%. El estado civil de las mujeres en Andalucía es muy similar, si bien hay un porcentaje ligeramente superior de mujeres solteras, en concreto de dos puntos y medio (Figura 7).

De media las mujeres cuando dan a luz en el año 2013 llevan 4,7 años casadas en el caso de España y 4,8 en el caso de Andalucía, o 5 años de convivencia con su pareja a nivel nacional y 4,5 a nivel andaluz, aunque el valor modal en ambos casos es de 1 año.

**Figura 7: Estado civil de la madre en España y en Andalucía. Año 2013**



Fuente: INE. Elaboración propia

En casi todas las edades, la mayoría de las mujeres que dan a luz están o bien casadas o bien conviviendo en pareja, a excepción de las más jóvenes, donde predominan las solteras, tanto en el grupo de menos de 15 años, como en el de 15 a 20 años.

**Tabla 4: Estado civil de la madre en cada grupo de edad en España. Año 2013**

|            |                  | Estado civil madre |         |            |       |                          |        |
|------------|------------------|--------------------|---------|------------|-------|--------------------------|--------|
|            |                  | Casada             | Soltera | Separada/  |       | Conviviendo<br>en pareja | Total  |
|            |                  |                    |         | Divorciada | Viuda |                          |        |
| Edad madre | Menos de 15 años | 4,3%               | 69,3%   | ,7%        |       | 25,7%                    | 100,0% |
|            | De 15 a 20 años  | 14,6%              | 53,7%   | ,3%        | ,0%   | 31,3%                    | 100,0% |
|            | De 21 a 29 años  | 46,4%              | 31,2%   | 1,1%       | ,0%   | 21,4%                    | 100,0% |
|            | De 30 a 35 años  | 65,7%              | 17,8%   | 1,8%       | ,1%   | 14,7%                    | 100,0% |
|            | De 36 a 39 años  | 66,2%              | 15,9%   | 3,0%       | ,2%   | 14,7%                    | 100,0% |
|            | De 40 a 45 años  | 61,0%              | 17,0%   | 4,9%       | ,5%   | 16,7%                    | 100,0% |
|            | De 46 a 49 años  | 55,3%              | 20,1%   | 5,3%       | 1,3%  | 18,1%                    | 100,0% |
|            | De 50 y más años | 48,6%              | 28,4%   | 4,1%       | 1,4%  | 17,6%                    | 100,0% |
| Total      |                  | 59,0%              | 21,9%   | 2,0%       | ,1%   | 17,0%                    | 100,0% |

*Fuente: INE. Elaboración propia*

### 5.2.3 Nivel de estudios

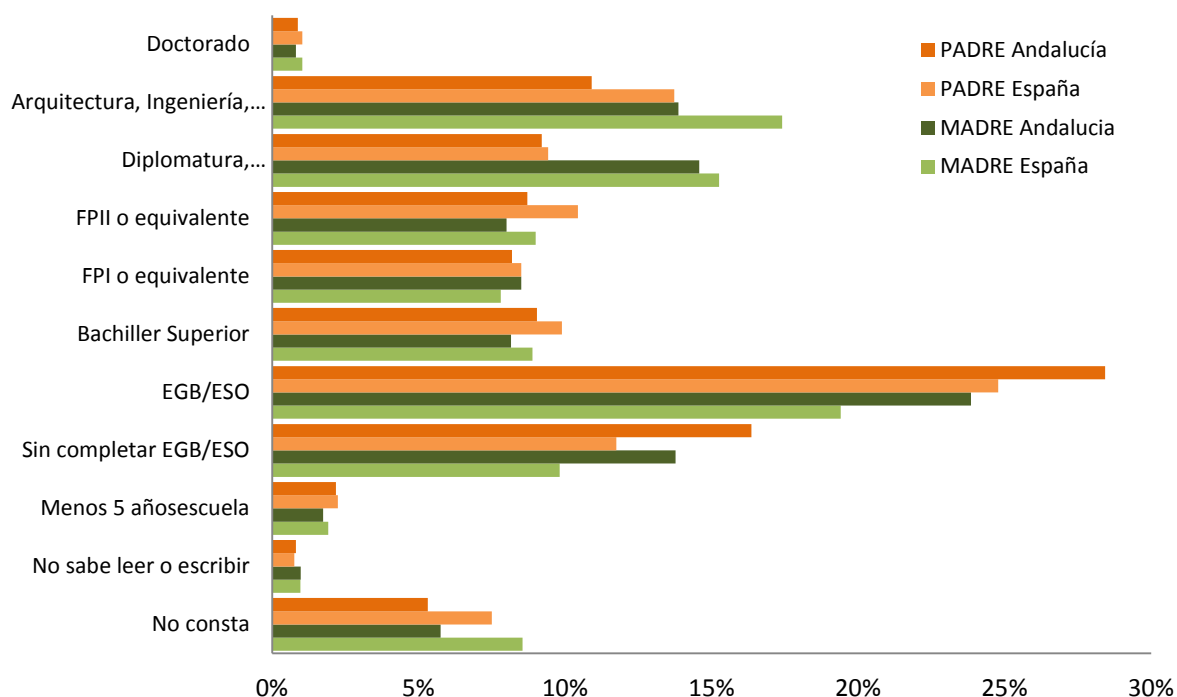
El 12,7% de las mujeres que dieron a luz en España en el año 2013 tenían menos de los estudios básicos (el 16,5% en el caso de Andalucía) y el 19,4% habían terminado la educación obligatoria (ESO o EGB) en el caso español, frente al 23,9% en el caso andaluz. Como observamos, el nivel educativo de las madres en Andalucía es significativamente inferior que el observado a nivel nacional. Por su lado, un 25,7% tenía estudios medios (Bachillerato o



Formación Profesional) a nivel nacional, y un punto por debajo a nivel autonómico, y por último, se observa que el 33,7% habían obtenido titulaciones universitarias en España, frente al 29,3% que obtienen esta titulación en la Comunidad Autónoma Andaluza.

Con respecto a sus parejas, en el caso de que tuvieran, sus estudios son muy similares a los de las mujeres, aunque algo inferiores respecto a los estudios universitarios, que suponen el 24,2% de los estudios de los padres a nivel nacional y el 21% en la región andaluza. Asimismo, es significativa la diferencia observada en los estudios medios de los padres en nuestra región, ya que un 28,4% presenta estudios básicos (ESO y EGB).

**Figura 8: Nivel de estudios de los progenitores en España y en Andalucía en 2013.**



Fuente: INE. Elaboración propia

Las diferencias observadas no vienen más que a reflejar una realidad más global que el ámbito específico de la maternidad o paternidad, y es que en Andalucía el nivel educativo es inferior, de forma general, al observado en

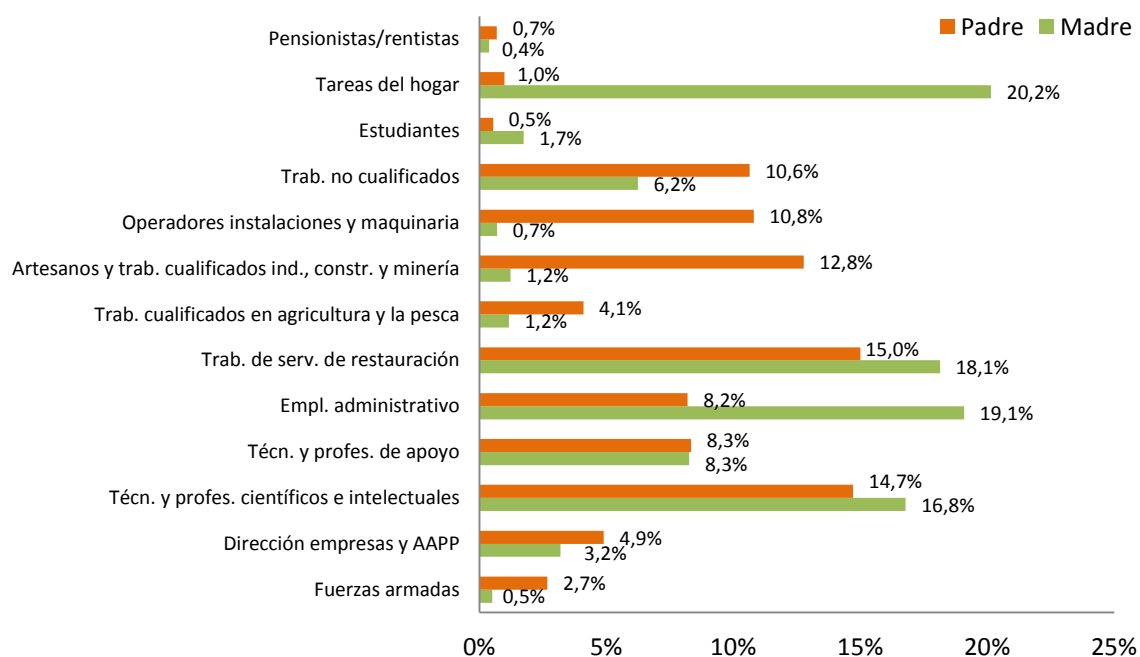
España, y esto se ve reflejado también en los datos de este grupo específico de población.

#### 5.2.4 Situación laboral y profesión

Como se observa en la figura 9, un 20% de las mujeres que fueron madres en 2013 se dedicaba a las tareas domésticas no retribuidas, alrededor de un 2% se declaran estudiantes, pensionistas o rentistas y mientras que el resto se describe como trabajadoras fuera de casa, en su mayoría con cierta cualificación, ya sea como personal administrativo, o técnicos y profesionales del ámbito científico o de apoyo, o trabajos en restauración.

En el caso de los padres, tienen profesiones muy diversas, en trabajos en servicios de restauración, operarios, artesanos, y profesionales y técnicos cualificados. Algo más del 1% son estudiantes, pensionistas o rentistas y, tan solo el 1% indica que se dedican a las tareas del hogar.

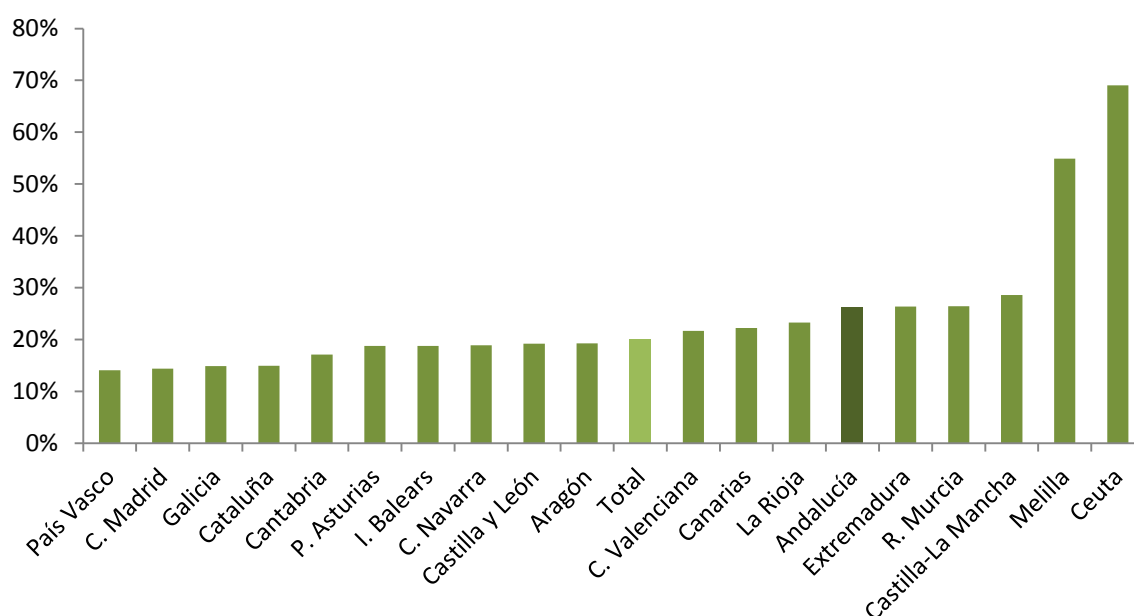
**Figura 9: Profesión de la madre y del padre en España. Año 2013**



Fuente: INE. Elaboración propia

En el caso de Andalucía, el 26,2% de las mujeres que fueron madres en 2013 muestran que se dedican a las labores domésticas, lo que supone seis puntos porcentuales por más de la media nacional. Por Comunidades Autónomas el porcentaje de mujeres que dicen dedicarse a las tareas del hogar en el año en que tienen a su bebé oscila entre menos del 15% en el caso del País Vasco, Madrid, Galicia y Cataluña, hasta más del 50% en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

**Figura 10: Porcentaje de madres que se dedican a las tareas del hogar por CCAA. Año 2013**

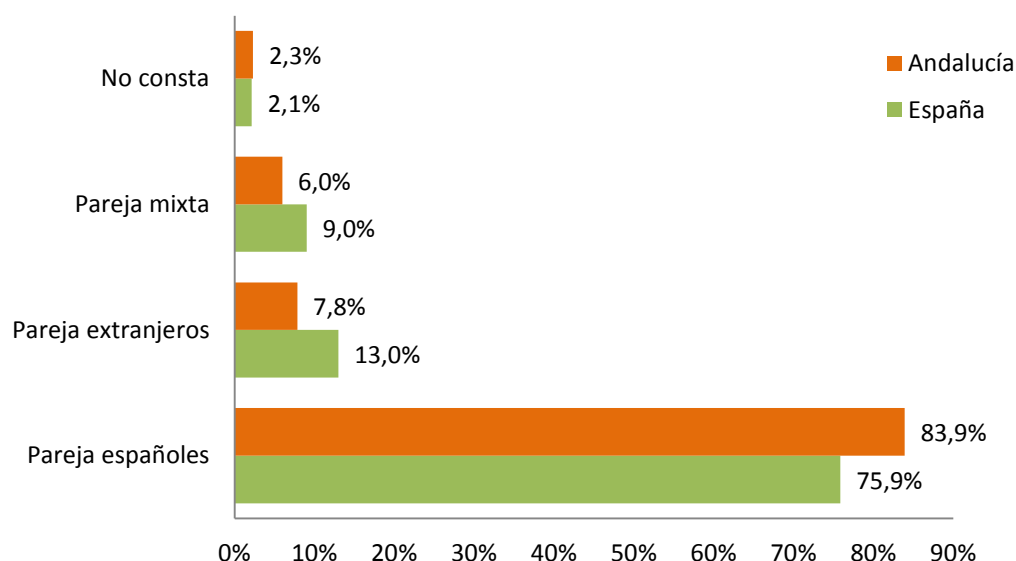


Fuente: INE. Elaboración propia

### 5.2.5 Nacionalidad

El 81% de las mujeres que dieron a luz en España en 2013 son de nacionalidad española, siendo el porcentaje de padres españoles similar. En Andalucía estos datos son del 88,2% y 89,4% respectivamente. En cuanto a los datos conjuntos, tres de cada cuatro parejas son ambos de nacionalidad española, siendo el porcentaje de parejas mixtas (uno de los padres es español y el otro extranjero), del 9% para el total nacional y del 6% para Andalucía.

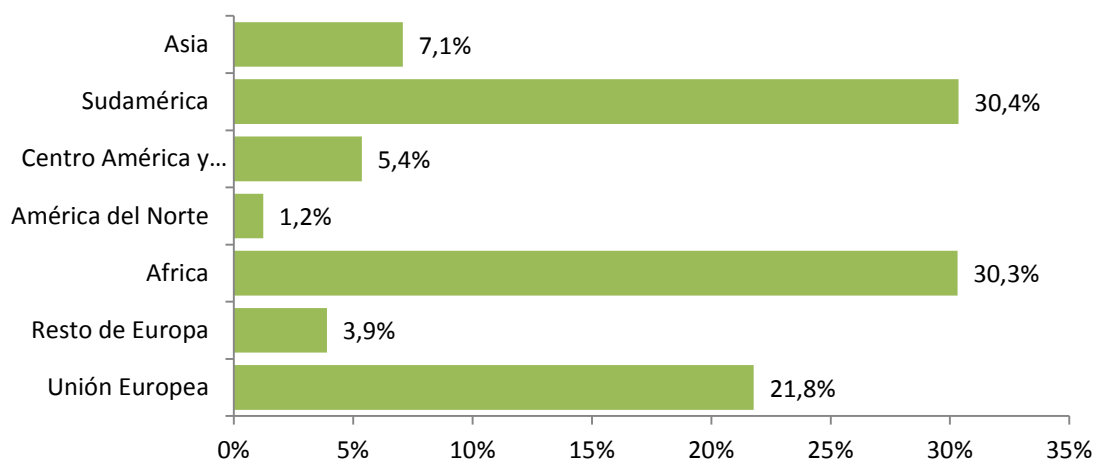
**Figura 11: Nacionalidad de la pareja de progenitores. Año 2013**



Fuente: INE. Elaboración propia

En cuanto a los países de origen de las madres extranjeras, si bien hay una podemos observar una importante diversidad, también lo es que casi dos de cada tres son de países sudamericanos y africanos (30% en ambos casos), y del resto de la Unión Europea algo más de uno de cada 5 (casi el 22%).

**Figura 12: Nacionalidad extranjera de la madre en España. Año 2013**



Fuente: INE. Elaboración propia

La media de edad de las madres cuando son de origen extranjero es significativamente inferior, siendo de 29 años cuando los dos miembros de la pareja son extranjeros, y de 31 años cuando se trata de una pareja mixta. No existen diferencias en estos datos a nivel nacional y a nivel autonómico.

**Tabla 5: Edad media de la madre por nacionalidad de la pareja en España. Año 2013**

|                     |                    | <i>Mean</i> | <i>N</i> | <i>Std. Deviation</i> |
|---------------------|--------------------|-------------|----------|-----------------------|
| Nacionalidad padres | Pareja españoles   | 32,7192     | 317.073  | 5,02585               |
|                     | Pareja extranjeros | 29,5005     | 54.246   | 5,67532               |
|                     | Pareja mixta       | 31,0889     | 37.696   | 5,94732               |
|                     | Total              | 32,1421     | 409.015  | 5,32903               |

*Fuente: INE. Elaboración propia*

### 5.2.6 Número de hijos

A nivel nacional, para el 53,9% de las madres, el parto ocurrido en 2013 significó el nacimiento de su primer hijo (nacido vivo), mientras que para el 36% este era su segundo hijo, para el 7,5% fue del tercero, y para el 2,5% suponía el nacimiento de su cuarto hijo en adelante. En Andalucía el 49,9% tuvieron a su primer hijo en el parto de 2013, para el 38,5% este fue su segundo hijo, y para el 8,8% supuso el nacimiento del tercero.

La media de hijos es mayor en parejas en las que los dos miembros son extranjeros, o en las parejas mixtas compuestas por una persona de nacionalidad española y otra persona de nacionalidad extranjera.

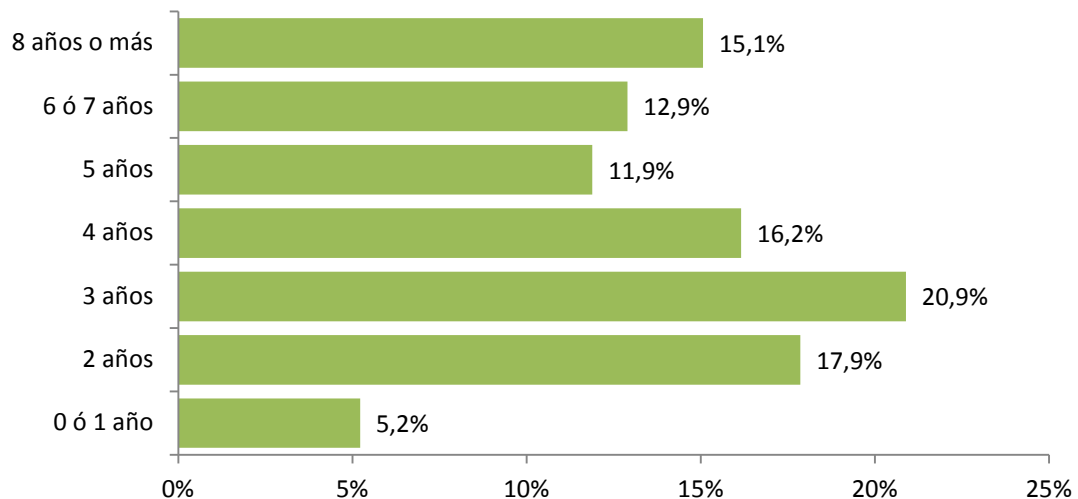
**Tabla 6: Número de hijos nacidos vivos en partos anteriores según nacionalidad de la pareja en Andalucía y España.**

|                        |                    | Media<br>Nacional | Media<br>Andaluza | N<br>Nacional | N<br>Andaluza |
|------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Nacionalidad<br>padres | Pareja españoles   | 0,56              | 0,60              | 317.073       | 67.516        |
|                        | Pareja extranjeros | 0,81              | 0,81              | 54.246        | 6.312         |
|                        | Pareja mixta       | 0,65              | 0,67              | 37.696        | 4.799         |
|                        | Total              | 0,60              | 0,62              | 409.015       | 78.627        |

*Fuente: INE. Elaboración propia*

En el caso de que la mujer tenga más de un hijo, es decir, que éste no sea su primer parto, la media de años entre ambos partos es de 4,8 años, mientras que el valor modal es de 3 años. Los datos a nivel nacional y autonómico no varían.

**Figura 13: Intervalo intergenésico en Andalucía. Año 2013**

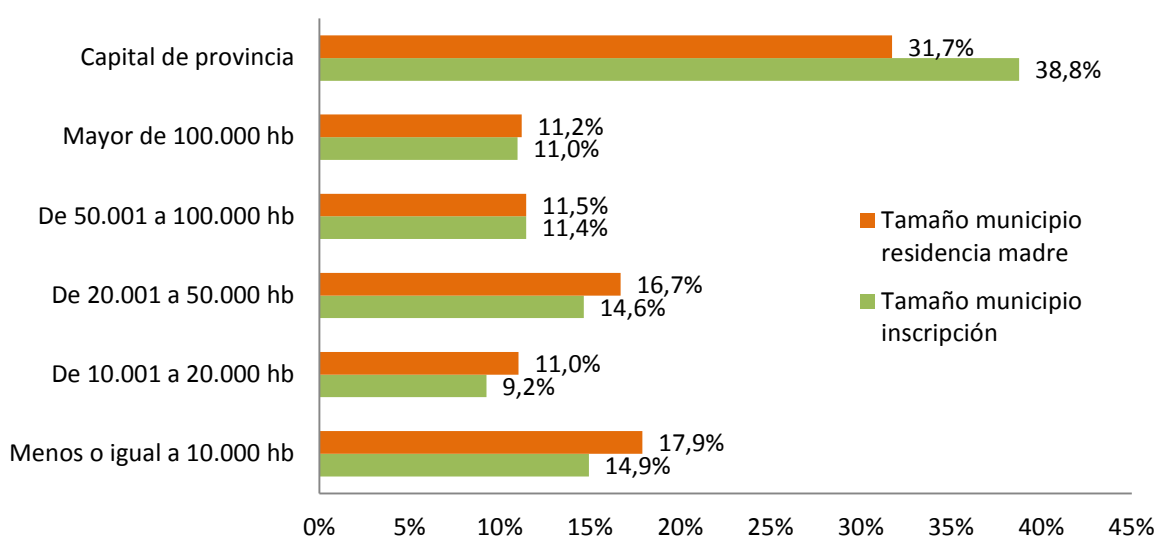


*Fuente: INE. Elaboración propia*

### 5.2.7 Tamaño del municipio

Un alto porcentaje de los nacidos lo hicieron en capitales de provincia, donde además residía su madre. Casi un 18% de los partos se han inscrito en municipios de 10.000 habitantes o menos, y el 57% son partos inscritos en municipios de menos de 100.000 habitantes.

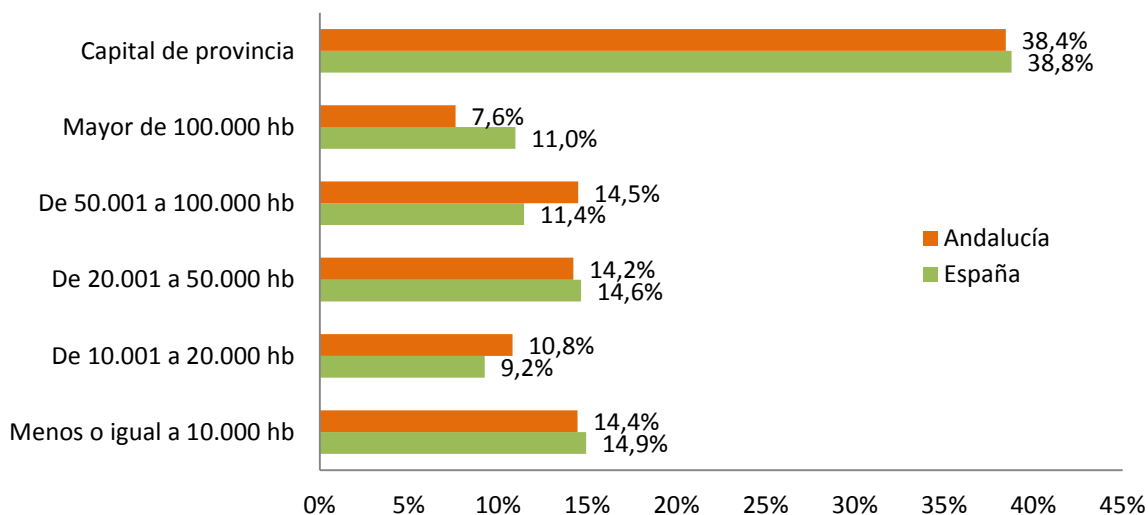
**Figura 14: Tamaño del municipio de residencia de la madre y de inscripción del nacido en Andalucía. Año 2013**



Fuente: INE. Elaboración propia

En el caso de la comparativa entre el municipio de inscripción del nacido en el caso de España y de la Comunidad Autónoma andaluza observamos que no se producen diferencias en cuanto a los inscritos en capitales de provincia, y sí en los municipios de mayor tamaño, donde hay diferencias de hasta 3 puntos porcentuales.

**Figura 15: Tamaño del municipio de inscripción del nacido en España y Andalucía. Año 2013**



Fuente: INE. Elaboración propia

## 5.3 Características del nacido

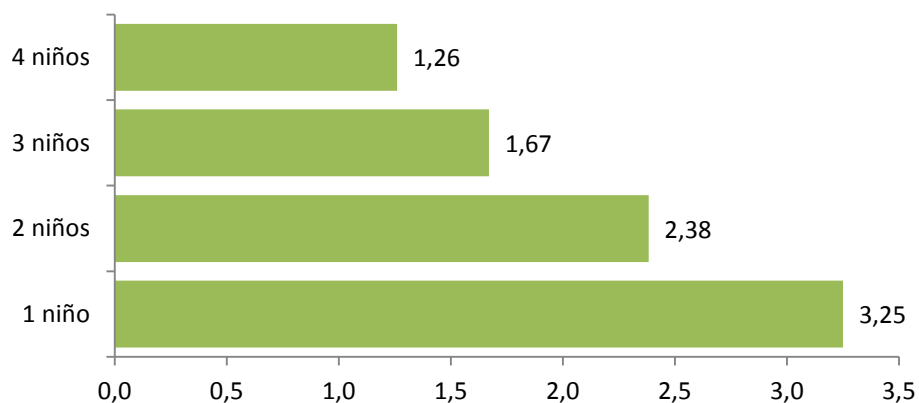
### 5.3.1 Sexo y peso

El 51,46% de los nacidos en 2013 fueron niños, frente al 48,54% que fueron niñas. En cuanto al peso al nacer, de media es de 3,28 kg en el caso de los niños y de 3,17 kg en el caso de las niñas (3,23 kg en general).

Cuando el parto se desarrolla de forma múltiple el peso al nacer baja, hasta apenas un kilo y medio en los partos triples o cuádruples. Los datos son similares a nivel nacional que en la Comunidad Autónoma de Andalucía.



**Figura 16: Peso al nacer según número de niños en el parto. Año 2013**

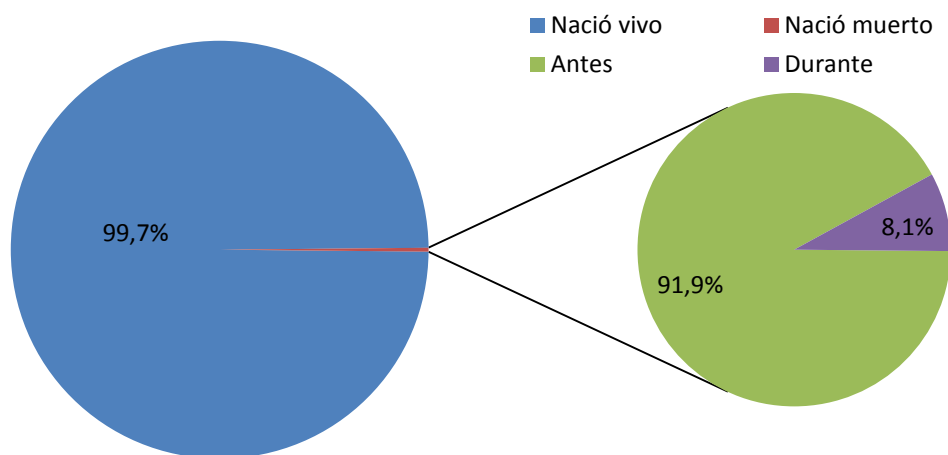


Fuente: INE. Elaboración propia

### 5.3.2 Clasificación

El 99,7% de los niños nacieron vivos en el parto, y tan sólo el 0,3% nació muerto, lo que supuso 1398 defunciones de neonatos en el año 2013. De estos, en su mayor parte murieron antes del alumbramiento (muerte fetal tardía), mientras que un 8% falleció durante el parto (92 casos en el año de referencia). Así mismo, de los nacidos vivos en su mayoría superaron las 24 horas (el 99,6% de los bebés), y tan sólo el 0,4% fallecieron antes de este primer día de vida, lo que supone 293 defunciones.

**Figura 17: Si nació vivo o muerto y si fue antes o durante el parto en Andalucía. Año 2013**



Fuente: INE. Elaboración propia

## 5.4 Características del parto

### 5.4.1 Número de hijos en cada parto

En general el 97,8% de los partos son sencillos, es decir, de un único hijo/a, frente al 2% que son dobles, y el 1,3% que son triples. Entre las mujeres de 45 a 50 años aumenta de forma significativa el número de partos dobles, que sube hasta más del 12%.

Además, mientras que el 94% de los partos sencillos llegan a término, este porcentaje baja hasta el 51% entre los partos dobles, y a sólo el 5% en los partos triples, siendo en este último caso el parto prematuro lo más habitual.

**Tabla 7: Porcentaje de partos sencillos, dobles y triples según edad de la madre en Andalucía. Año 2013**

|                  | Sencillos | Dobles | Triples |
|------------------|-----------|--------|---------|
| Menos de 15 años | 99,29%    | 0,72%  | 0,00%   |
| De 15 a 20 años  | 99,37%    | 0,62%  | 1,20%   |
| De 21 a 29 años  | 98,82%    | 1,17%  | 1,71%   |
| De 30 a 35 años  | 97,86%    | 2,16%  | 1,41%   |
| De 36 a 39 años  | 97,20%    | 2,85%  | 1,22%   |
| De 40 a 45 años  | 95,80%    | 4,34%  | 1,10%   |
| De 45 a 49 años  | 88,67%    | 12,71% | 0,59%   |
| De 50 y más años | 89,19%    | 12,12% | 0,00%   |
| Todos            | 97,85%    | 2,17%  | 1,34%   |

Fuente: INE. Elaboración propia

No hay diferencias destacables en el número de nacimientos según Comunidad Autónoma de residencia de la madre. En concreto en Andalucía el

número de partos sencillos es ligeramente superior a la media nacional, en concreto el 98%, frente al 1,97% de partos dobles y al 2% de partos triples.

### 5.4.2 Tipo de parto: eutócico y distócico

Diferencia el INE entre parto normal (eutócico) y parto distócico. Este último se refiere a aquellos partos en los que hay que proceder de forma anormal o difícil, por el resultado de contracciones uterinas incordias, de una posición anormal del feto, anomalías que afectan al canal del parto, etc. No obstante, un parto complicado por distocia puede llegar a término con el empleo de maniobras obstétricas, como los partos instrumentados (fórceps por ejemplo), o por una intervención quirúrgica (cesárea).

En cuanto al parto normal, según la OMS (1999), es “el parto de comienzo espontáneo, de bajo riesgo, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño o la niña nacen espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 y las 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño o la niña se encuentran en buenas condiciones” definición recogida por el MSPS (2009:3).

La mayoría de los partos en España han sido alumbramientos normales, clasificándose como distócicos el 12% a nivel general, y el 23,3% entre los partos dobles.

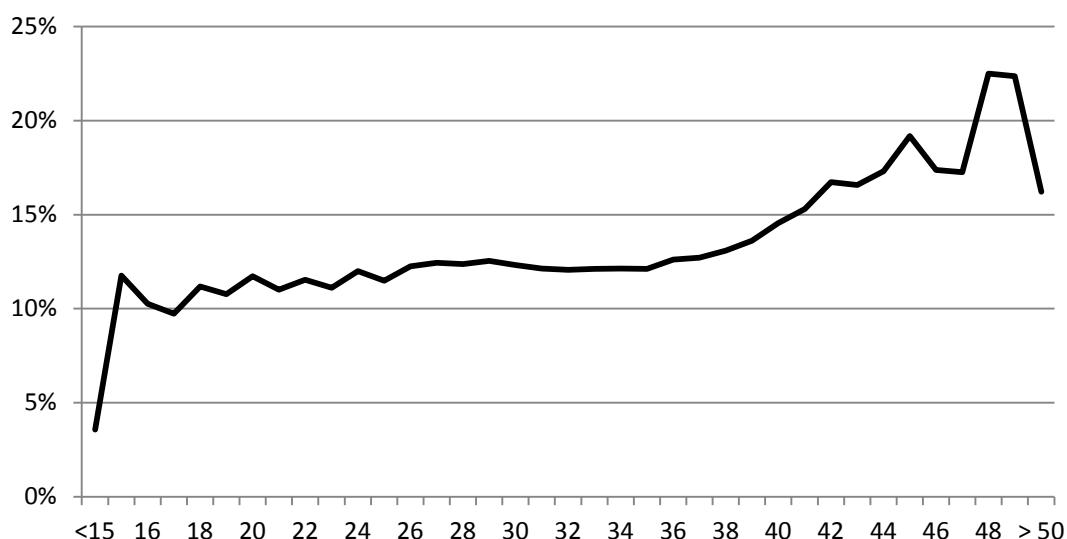
**Tabla 8: Porcentaje de partos normales o distócicos según sea un parto sencillo o doble en Andalucía. Año 2013**

|                 | Todos  | Sencillos | Dobles |
|-----------------|--------|-----------|--------|
| Parto normal    | 87,52% | 87,76%    | 76,69% |
| Parto distócico | 12,48% | 12,24%    | 23,31% |

Fuente: INE. Elaboración propia

A medida que aumenta la edad de la madre, aumenta también el porcentaje de partos distócicos que se producen, incrementándose hasta el 18,5% entre las mujeres de 45 a 49 años. En este sentido, se ha contrastado la existencia de una relación entre mayor edad de la madre y complicaciones durante el parto (MSPS, 2009), principalmente a partir de los 38 años.

**Figura 18: Porcentaje de partos distócicos según edad de la madre en España. Año 2013**



Fuente: INE. Elaboración propia

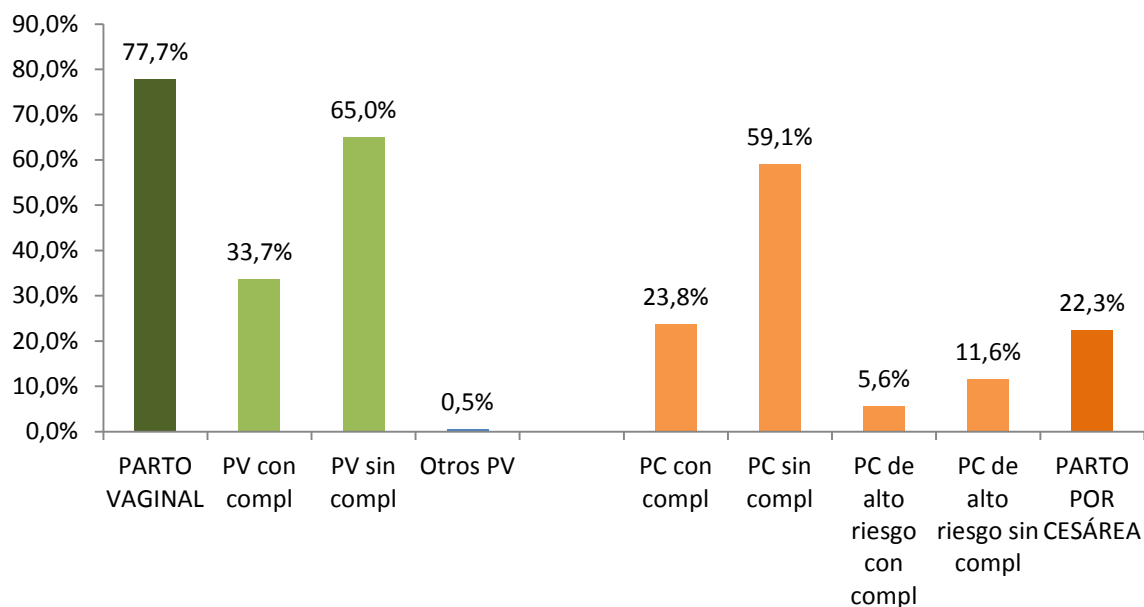
### 5.4.3 Tipo de parto: vaginal y cesárea

Otro elemento importante de analizar es el número de cesáreas. A pesar de que cada vez son más seguras, no deja de ser una intervención quirúrgica que reporta riesgos para la salud de la madre. Actualmente, la mortalidad es mayor en el caso de parto por cesárea que cuando se produce un parto vaginal (Aceituno et al., 2003). Pero como señalan estos mismos autores, hay estudios que señalan el peligro de disminuir en exceso la tasa de cesáreas, y que puede

aumentar la morbilidad materno-perinatal. Por su lado, la OMS considera que “no existe justificación para que más del 10 al 15% de los partos sean por cesárea”.

Según los datos que encontramos en el INE, el 73,7% de los partos se producen por medios naturales (parto vaginal), mientras que el 26,3% son por cesárea. Por otro lado, si tenemos en cuenta los datos de CMDDB a nivel estatal, que tiene en cuenta únicamente los hospitales públicos o concertados, el porcentaje de cesáreas baja hasta el 22,3%, siendo el 77,7% partos vaginales. Entre los partos vaginales, la mayor parte se desarrollaron sin complicaciones (el 65%), mientras que un 33,7% presentó algún tipo de complicación. Los partos por cesárea, también se desarrollaron mayoritariamente sin complicaciones (el 70,7% tanto si era de alto riesgo como no), produciéndose algún tipo de complicación en el 29,4% restante.

**Figura 19: Tipo de parto en España. Año 2013**

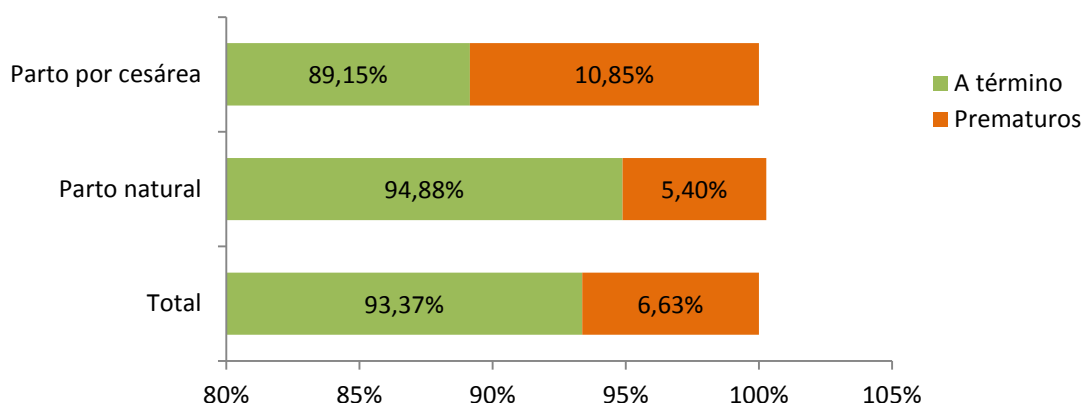


Fuente: CMDDB Ministerio de Sanidad. Elaboración propia

Volviendo a los datos del INE, la mayor parte de los partos son llevados a término (93%), frente a sólo el 6,6% que son prematuros. Este último

porcentaje aumenta cuatro puntos porcentuales, hasta alcanzar el 10,8% en el caso de parto por cesárea.

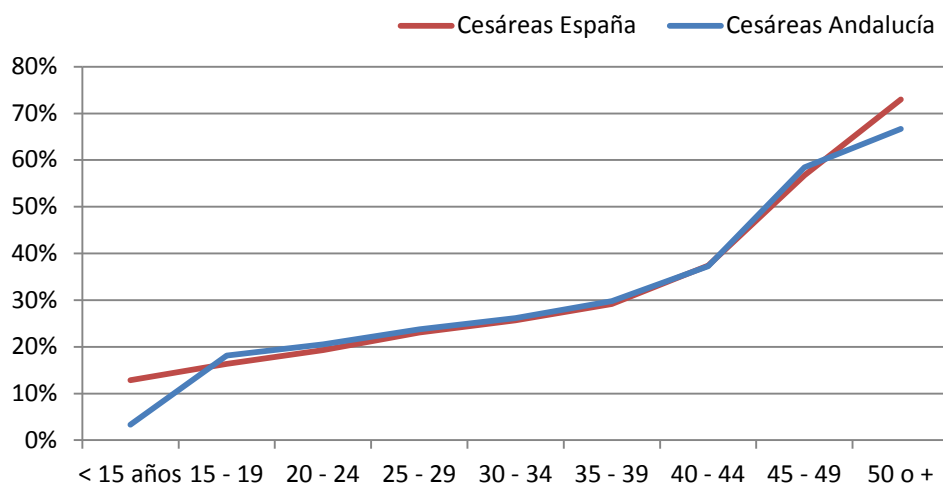
**Figura 20: Porcentaje de partos a término y prematuros según tipo de parto en España. Año 2013**



Fuente: INE. Elaboración propia

La edad influye en el porcentaje de cesárea de los partos. Así, a mayor edad el porcentaje de parto asistido mediante cesárea es más alto, llegando a representar más del 70% de los partos asistidos a mujeres de más de 48 años.

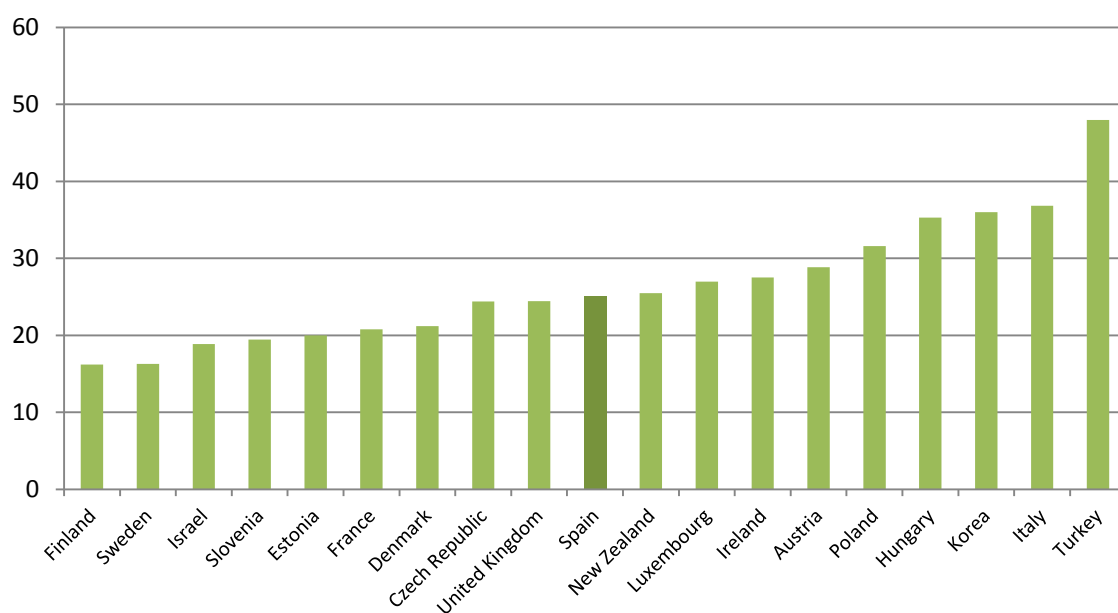
**Figura 21: Porcentaje de partos por cesárea según edad de la madre en Andalucía y España. Año 2013**



Fuente: INE. Elaboración propia

Como se ha podido observar, España tiene un porcentaje de partos por cesáreas superior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo en el año 2013 del 26% del total de partos. Además es un porcentaje que no ha cesado de crecer en los últimos años. En el año 2005 los partos mediante cesárea fueron del 25,2%, y en el año 2001 del 22,4% (MSPS, 2009). Este crecimiento no es exclusivo de España. Por ejemplo, la tasa de cesáreas fue en Estados Unidos del 24,4% en 2001, un 7% más que un año antes (Aceituno et al., 2003). El continuo crecimiento del número de cesáreas ha preocupado tanto a los organismos internacionales como a los nacionales y a investigadores sanitarios, debido a los mayores riesgos que supone esta intervención de cirugía mayor, con una morbilidad superior a la de un parto normal vaginal (Aceituno et al., 2003).

**Figura 22: Porcentaje de partos por cesárea por países. Año 2012**



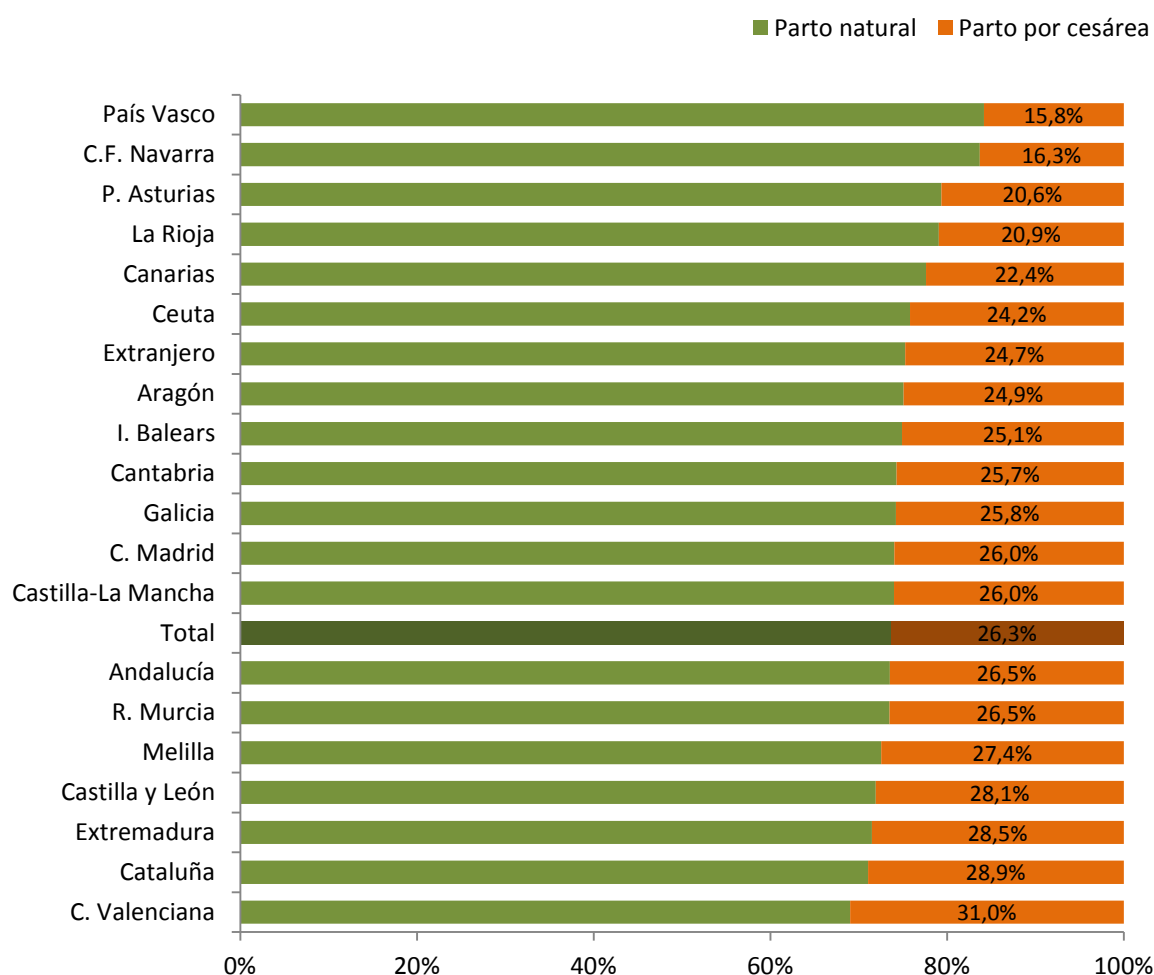
Fuente: OCDE. <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>

En el análisis de la tasa de cesáreas, puede considerarse que “los problemas clínicos que derivan en la indicación de una cesárea se distribuyen de una forma homogénea en la población atendida en el conjunto de la red hospitalaria” (MSSSI, 2013). Es por tanto que cuando no se produce esta

distribución aleatoria en el territorio español, hay que suponer que existen elementos de práctica clínica que son diferentes en las diferentes regiones.

Andalucía tiene un porcentaje algo superior a la media en 2013, mientras que País Vasco es la Comunidad Autónoma con un porcentaje de cesáreas inferior, junto con la Comunidad Foral de Navarra, Principado de Asturias y La Rioja, es decir, la franja norte de la península. En el extremo contrario, con mayor porcentaje de cesáreas se encuentran la Comunidad Valenciana, Cataluña, Extremadura y Castilla y León.

**Figura 23: Porcentaje de partos por cesárea por CCAA. Año 2013**



Fuente: INE. Elaboración propia



Se podría pensar que quizás esta diferencia es debida a que la edad de la madre es diferente, pero tal como se observa en las tablas siguientes no es así. La edad media de las mujeres que dan a luz en el País Vasco, es de las mayores del país, mientras que su porcentaje de cesáreas es significativamente inferior a la media española.

**Tabla 9: Edad media de la madre según lugar de residencia. Año 2013**

|                    | Edad media |
|--------------------|------------|
| Melilla            | 29,27      |
| Ceuta              | 29,68      |
| Extranjero         | 29,72      |
| Murcia, R          | 31,32      |
| Andalucía          | 31,41      |
| Canarias           | 31,50      |
| Balears, Illes     | 31,56      |
| Extremadura        | 31,60      |
| Castilla-La Mancha | 31,69      |
| Valenciana, C      | 31,98      |
| <b>Total</b>       | 32,07      |
| Cataluña           | 32,09      |
| Rioja, La          | 32,27      |
| Aragón             | 32,35      |
| Castilla y León    | 32,60      |
| Cantabria          | 32,63      |
| Navarra, CF        | 32,67      |
| Asturias, P        | 32,71      |
| Madrid, C          | 32,75      |
| Galicia            | 32,84      |
| País Vasco         | 33,18      |

*Fuente: INE. Elaboración propia*

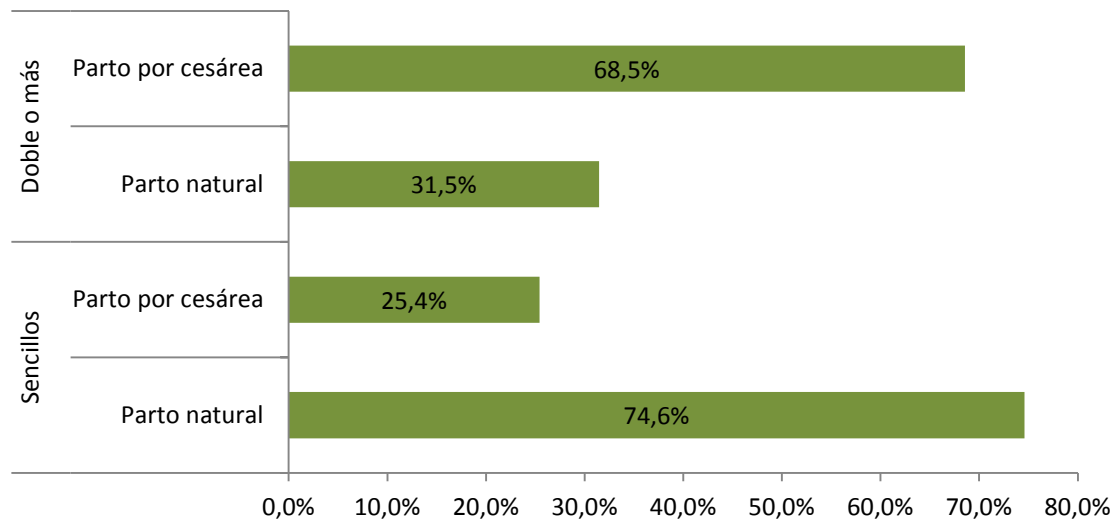
**Tabla 10: Edad de la madre según lugar de residencia. Año 2013**

|                    | <b>Todas edades</b> | <b>15 a 19</b> | <b>20 a 24</b> | <b>25 a 29</b> | <b>30 a 34</b> | <b>35 a 39</b> | <b>40 a 44</b> | <b>45 a 49</b> |
|--------------------|---------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Total              | 26,3%               | 16,3%          | 19,3%          | 23,1%          | 25,7%          | 29,2%          | 37,4%          | 56,7%          |
| Andalucía          | 26,5%               | 18,2%          | 20,5%          | 23,7%          | 26,2%          | 29,8%          | 37,2%          | 58,4%          |
| Aragón             | 24,9%               | 17,7%          | 18,5%          | 21,8%          | 24,3%          | 26,5%          | 36,8%          | 61,3%          |
| Asturias, P.       | 20,6%               | 13,8%          | 16,7%          | 16,9%          | 19,9%          | 22,2%          | 28,5%          | 55,6%          |
| Balears, Illes     | 25,1%               | 9,3%           | 18,0%          | 22,4%          | 24,4%          | 28,9%          | 36,9%          | 62,9%          |
| Canarias           | 22,4%               | 10,7%          | 15,0%          | 19,4%          | 22,7%          | 25,8%          | 32,2%          | 47,5%          |
| Cantabria          | 25,7%               | 17,0%          | 17,9%          | 22,0%          | 24,4%          | 28,0%          | 40,1%          | 41,7%          |
| Castilla y León    | 28,1%               | 14,7%          | 20,7%          | 23,2%          | 27,1%          | 30,6%          | 39,9%          | 70,9%          |
| Castilla-La Mancha | 26,0%               | 16,9%          | 18,5%          | 23,2%          | 26,1%          | 28,8%          | 37,0%          | 48,8%          |
| Cataluña           | 28,9%               | 17,7%          | 20,3%          | 25,0%          | 28,2%          | 32,5%          | 41,5%          | 55,7%          |
| Valenciana, C.     | 31,0%               | 15,7%          | 20,5%          | 25,8%          | 30,9%          | 35,2%          | 45,3%          | 65,5%          |
| Extremadura        | 28,5%               | 22,1%          | 22,1%          | 27,3%          | 28,1%          | 30,3%          | 38,2%          | 69,2%          |
| Galicia            | 25,8%               | 16,9%          | 18,9%          | 23,4%          | 24,5%          | 27,3%          | 34,8%          | 59,6%          |
| Madrid, C          | 26,0%               | 16,1%          | 17,9%          | 21,5%          | 24,5%          | 29,0%          | 36,7%          | 56,1%          |
| Murcia, R.         | 26,5%               | 16,3%          | 20,4%          | 24,6%          | 25,3%          | 30,3%          | 40,6%          | 51,1%          |
| Navarra, CF        | 16,3%               | 10,3%          | 14,4%          | 15,9%          | 15,9%          | 17,0%          | 19,1%          | 26,3%          |
| País Vasco         | 15,8%               | 8,9%           | 10,5%          | 13,2%          | 15,1%          | 16,8%          | 23,4%          | 37,3%          |
| Rioja, La          | 20,9%               | 15,7%          | 17,5%          | 20,1%          | 19,0%          | 23,6%          | 26,5%          | 28,6%          |
| Ceuta              | 24,2%               | 23,8%          | 25,8%          | 23,3%          | 22,4%          | 24,0%          | 31,4%          | 66,7%          |
| Melilla            | 27,4%               | 11,8%          | 23,1%          | 24,0%          | 30,3%          | 34,0%          | 37,5%          | 57,1%          |
| Extranjero         | 24,7%               | 14,3%          | 18,8%          | 19,9%          | 27,1%          | 33,2%          | 32,9%          | 100,0%         |

*Fuente: INE. Elaboración propia*

El número de niños que se dan a luz en un mismo parto influye en que este sea mediante cesárea o no, como se puede observar en la siguiente figura. En los partos dobles o más el porcentaje de cesáreas aumenta hasta el 68%, mientras que en el caso de partos sencillos baja al 25%.

**Figura 24: Porcentaje de partos por cesárea según sea el parto sencillo o doble en España. Año 2013**



Fuente: INE. Elaboración propia

Tampoco parece este hecho explicar la diferencia de cesáreas por Comunidades Autónomas. Así, destaca por ejemplo el caso de Extremadura, donde el 83% de los partos múltiples son atendidos por medio de cesárea, o en el extremo opuesto, el caso de Navarra y País Vasco en el que en sólo el 46 y 48% los partos múltiples es necesario llevar a cabo una intervención quirúrgica de esta naturaleza.

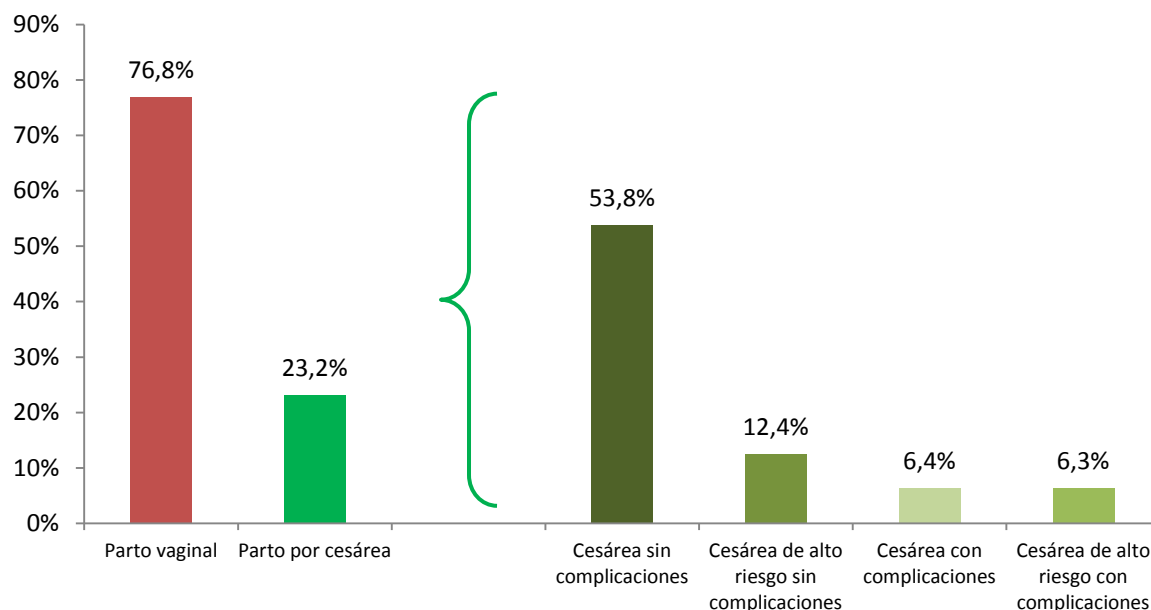
**Tabla 11: Porcentaje de cesáreas según sea parto sencillo o múltiple por CCAA**

|                    | Parto Sencillo |             | Parto Múltiple |             |
|--------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|
|                    | Natural        | Por cesárea | Natural        | Por cesárea |
| Total              | 74,6%          | 25,4%       | 31,5%          | 68,5%       |
| Andalucía          | 74,4%          | 25,6%       | 28,9%          | 71,1%       |
| Aragón             | 76,1%          | 23,9%       | 36,8%          | 63,2%       |
| Asturias, P        | 80,3%          | 19,7%       | 32,3%          | 67,7%       |
| Balears, Illes     | 75,9%          | 24,1%       | 32,2%          | 67,8%       |
| Canarias           | 78,5%          | 21,5%       | 34,7%          | 65,3%       |
| Cantabria          | 75,6%          | 24,4%       | 21,9%          | 78,1%       |
| Castilla y León    | 73,0%          | 27,0%       | 24,7%          | 75,3%       |
| Castilla-La Mancha | 75,1%          | 24,9%       | 26,2%          | 73,8%       |
| Cataluña           | 72,0%          | 28,0%       | 30,3%          | 69,7%       |
| Valenciana, C      | 70,0%          | 30,0%       | 23,8%          | 76,2%       |
| Extremadura        | 72,5%          | 27,5%       | 16,9%          | 83,1%       |
| Galicia            | 75,1%          | 24,9%       | 29,6%          | 70,4%       |
| Madrid, C          | 74,9%          | 25,1%       | 33,5%          | 66,5%       |
| Murcia, R          | 74,2%          | 25,8%       | 39,9%          | 60,1%       |
| Navarra, CF        | 84,5%          | 15,5%       | 53,6%          | 46,4%       |
| País Vasco         | 85,1%          | 14,9%       | 51,3%          | 48,7%       |
| Rioja, La          | 80,1%          | 19,9%       | 28,1%          | 71,9%       |
| Ceuta              | 76,4%          | 23,6%       | 45,5%          | 54,5%       |
| Melilla            | 73,7%          | 26,3%       | 19,4%          | 80,6%       |
| Extranjero         | 76,1%          | 23,9%       | 34,6%          | 65,4%       |

*Fuente: INE. Elaboración propia*

En Andalucía, según los datos de CMDDB, en los hospitales públicos el 23,2% de los partos se desarrollaron por cesárea, de los cuales más del 66% fueron sin complicaciones.

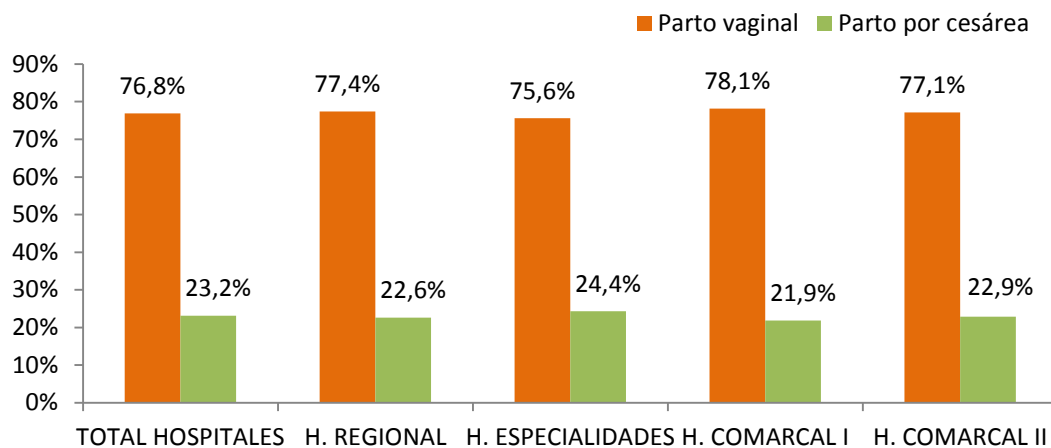
**Figura 25: Porcentaje de partos vaginales y por cesárea en Andalucía. Año 2014**



Fuente: SAS. Elaboración propia

No hay diferencias importantes atendiendo al tipo de hospital público en el que dieron a luz las mujeres en Andalucía, respecto al porcentaje de cesáreas realizadas.

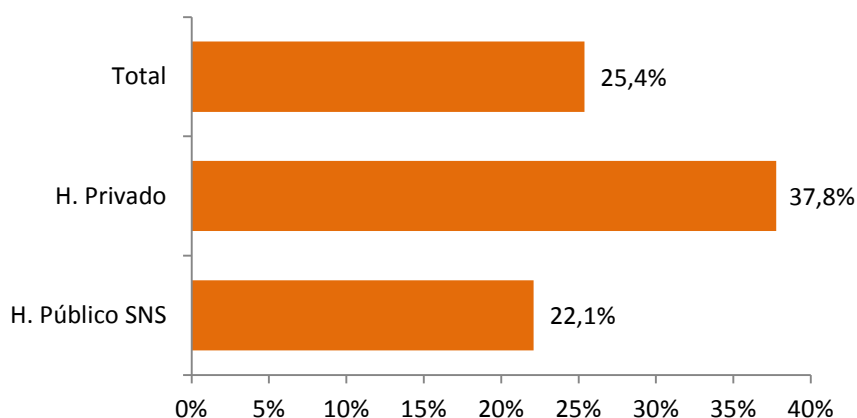
**Figura 26: Porcentaje de partos vaginales y por cesárea en Andalucía según tipo de hospital público al que acudió. Año 2014**



Fuente: SAS. Elaboración propia

La diferencia más importante respecto al porcentaje de cesáreas es si el parto se desarrolló en un hospital público o en uno privado. Así, mientras que para el año 2013, según el SIAE, el porcentaje de cesáreas fue del 25,4% a nivel general, este porcentaje sube hasta el 37,8% en los hospitales privados.

**Figura 27: Porcentaje de cesáreas según tipo de hospital. Año 2013**



*Fuente: SIAE. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración propia*

Parece existir relación, como hemos indicado anteriormente, entre el porcentaje de cesáreas y la asistencia en hospitales privados. De esta forma, en la Comunidad Valenciana, la región con mayor número de cesáreas, se observa que también es aquella en la que el porcentaje de partos desarrollados en el Sistema Nacional de Salud es inferior (el 75% únicamente). No obstante, no es la única variable a tener en cuenta, ya que parece que no todos los hospitales, tanto públicos como privados, tienen porcentajes similares según Comunidad Autónoma, como podemos deducir al observar por ejemplo el caso de Extremadura, donde el 95,8% de los partos son asistidos de forma pública, y a pesar de ello el porcentaje de cesáreas es del 28%, tres puntos por encima del valor medio español.

**Tabla 12: Tasa de cesáreas por CCAA y porcentaje de partos asistidos en hospitales del SNS. Año 2013**

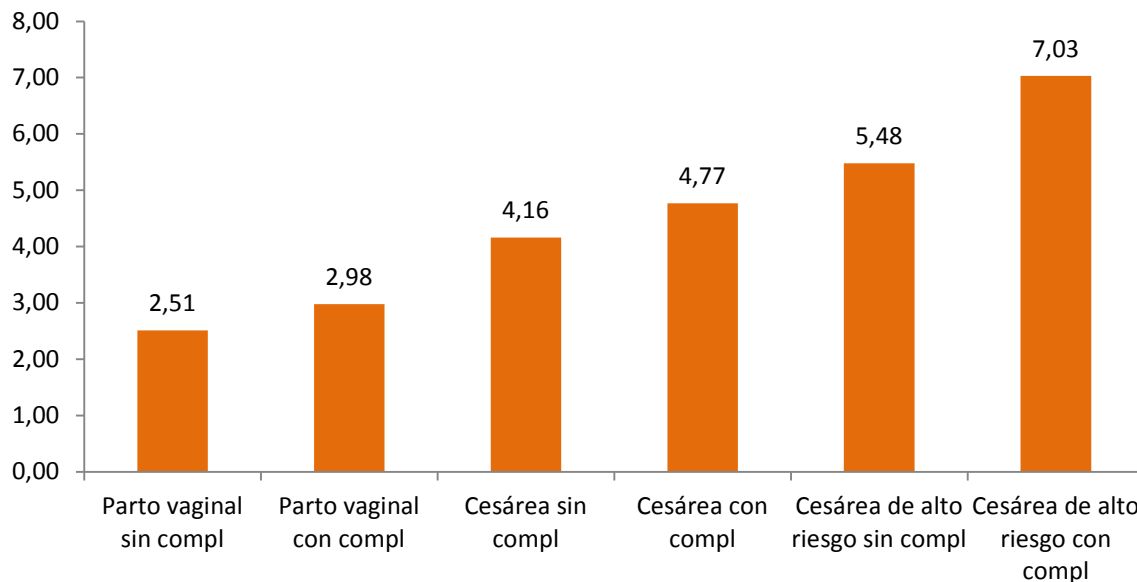
| Comunidad Autónoma   | % Partos SNS  | Tasa de Cesáreas (TOTAL) |
|----------------------|---------------|--------------------------|
| Andalucía            | 80,56%        | 25,39%                   |
| Aragón               | 80,44%        | 23,70%                   |
| Asturias             | 92,53%        | 19,62%                   |
| C. Foral Navarra     | 90,54%        | 17,91%                   |
| Canarias             | 83,61%        | 21,69%                   |
| Cantabria            | 87,68%        | 24,00%                   |
| Castilla y León      | 91,40%        | 27,11%                   |
| Castilla-La Mancha   | 96,56%        | 24,54%                   |
| Cataluña             | 69,80%        | 27,43%                   |
| Ceuta y Melilla      | 100,00%       | 23,38%                   |
| Comunidad Valenciana | 75,18%        | 30,12%                   |
| Extremadura          | 95,84%        | 28,35%                   |
| Galicia              | 87,16%        | 25,18%                   |
| Islas Baleares       | 73,40%        | 25,35%                   |
| La Rioja             | 94,23%        | 21,48%                   |
| Madrid               | 68,74%        | 25,35%                   |
| País Vasco           | 83,64%        | 15,17%                   |
| R. de Murcia         | 87,72%        | 25,02%                   |
| <b>Total</b>         | <b>79,01%</b> | <b>25,38%</b>            |

*Fuente: SIAE. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración propia*

#### 5.4.4 Estancia media según tipo de parto

En cuanto a la estancia media de las mujeres en los hospitales públicos según el tipo de parto que tuvieron, en la figura 28 observamos que oscila entre los dos días y medio para un parto vaginal sin complicaciones, hasta los 7 días para una cesárea de alto riesgo con complicaciones.

**Figura 28: Estancia media según tipo de parto en los hospitales públicos en España. Año 2013**

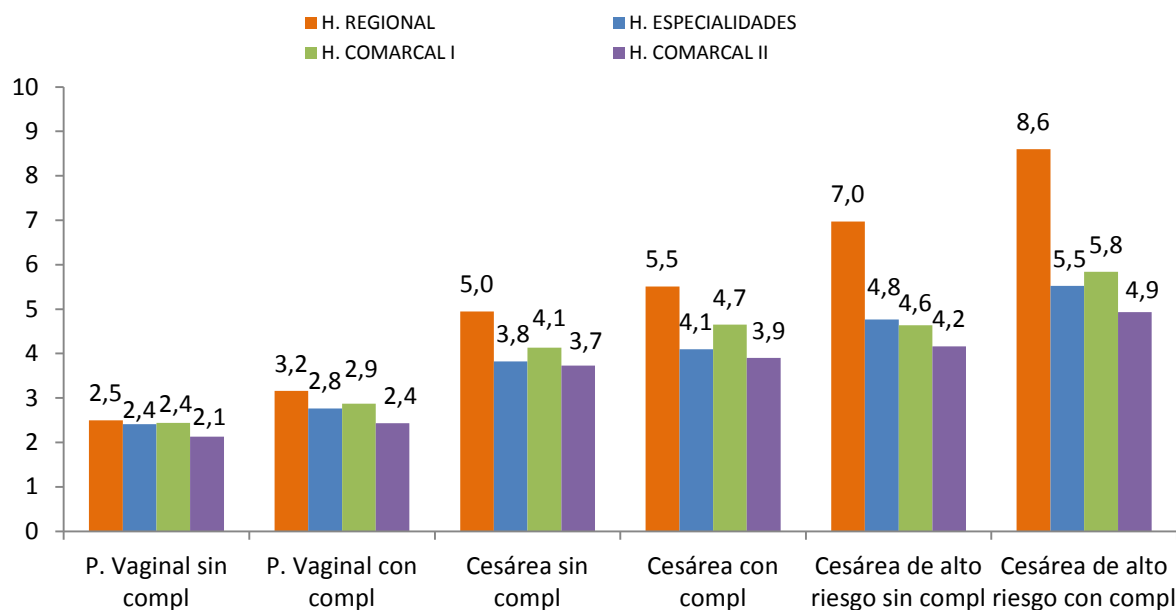


*Fuente: CMDDB Ministerio de Sanidad. Elaboración propia*

En Andalucía, respecto a los hospitales públicos, no existen diferencias importantes en las estancias medias según se acuda a un hospital de especialidades, o un hospital comarcal tipo I o II, pero sí en cuanto a la estancia media en un hospital regional. En este último caso, excepto en el parto vaginal sin complicaciones, en los demás casos aumenta la estancia media, especialmente significativa en el caso de parto por cesárea de alto riesgo con complicaciones, con diferencias de hasta 3,7 días.



**Figura 29: Estancia media según tipo de parto y tipo de hospital en Andalucía. Año 2014**



Fuente: SAS. Elaboración propia

#### 5.4.5 Lugar de asistencia al parto

La mayor parte de los partos son asistidos por personal sanitario en un centro sanitario. En todas las Comunidades Autónomas el 99% de las mujeres son asistidas en centro sanitario. Un porcentaje muy pequeño, el 0,3% es atendida en su domicilio por personal sanitario. Cataluña es la CCAA donde más partos son asistidos en el domicilio (0,63%), seguida de País Vasco (0,46%).

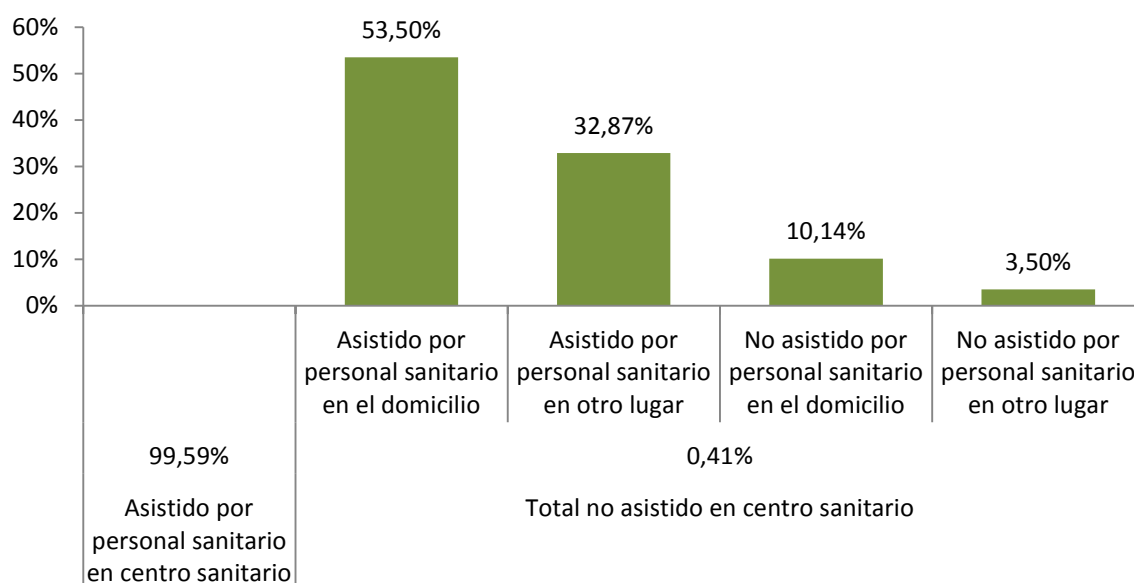
**Tabla 13: Porcentaje de partos según lugar de asistencia por CCAA. Año 2014**

|                    | En parto normal                                 |   |   |  |  |
|--------------------|---|---|---|--|--|
|                    | Asistido por personal sanitario en el domicilio | Asistido por personal sanitario en centro sanitario | Asistido por personal sanitario en otro lugar | No asistido por personal sanitario en el domicilio | No asistido por personal sanitario en otro lugar |
| Total de partos    | 0,30%   | 99,51%  | 0,11%   | 0,06%  | 0,02%  |
| Andalucía          | 0,22%   | 99,59%  | 0,13%   | 0,04%  | 0,01%  |
| Aragón             | 0,25%   | 99,64%  | 0,06%   | 0,06%  | 0,00%  |
| Asturias, P        | 0,17%   | 99,69%  | 0,07%   | 0,03%  | 0,03%  |
| Baleares, Illes    | 0,35%   | 99,44%  | 0,16%   | 0,04%  | 0,00%  |
| Canarias           | 0,29%   | 99,36%  | 0,20%   | 0,13%  | 0,02%  |
| Cantabria          | 0,33%   | 99,48%  | 0,09%   | 0,09%  | 0,00%  |
| Castilla y León    | 0,19%   | 99,62%  | 0,10%   | 0,08%  | 0,01%  |
| Castilla-La Mancha | 0,22%   | 99,64%  | 0,07%   | 0,04%  | 0,02%  |
| Cataluña           | 0,63%   | 99,19%  | 0,07%   | 0,09%  | 0,02%  |
| Valenciana, C      | 0,15%   | 99,67%  | 0,10%   | 0,05%  | 0,02%  |
| Extremadura        | 0,15%   | 99,77%  | 0,04%   | 0,03%  | 0,01%  |
| Galicia            | 0,24%   | 99,39%  | 0,31%   | 0,05%  | 0,02%  |
| Madrid, C          | 0,22%   | 99,59%  | 0,12%   | 0,05%  | 0,02%  |
| Murcia, R          | 0,21%   | 99,51%  | 0,20%   | 0,05%  | 0,03%  |
| Navarra, CF        | 0,57%   | 99,16%  | 0,06%   | 0,19%  | 0,02%  |
| País Vasco         | 0,46%   | 99,50%  | 0,00%   | 0,04%  | 0,00%  |
| Rioja, La          | 0,19%   | 99,76%  | 0,00%   | 0,00%  | 0,05%  |
| Ceuta              | 0,00%   | 99,78%  | 0,00%   | 0,22%  | 0,00%  |
| Melilla            | 0,16%   | 99,84%  | 0,00%   | 0,00%  | 0,00%  |
| Extranjero         | 0,46%   | 99,09%  | 0,27%   | 0,09%  | 0,09%  |

Fuente: INE. Elaboración propia

Como se ha mencionado, son muy pocos los casos de parto que no han sido asistidos en un centro sanitario, pero de estos, la mayoría han sido atendidos en el domicilio por personal sanitario, o en otro lugar, pero asimismo por personal sanitario.

**Figura 30: Porcentaje de partos según lugar de asistencia. Año 2013**



*Fuente: INE. Elaboración propia*

Por su lado, el Observatorio del Parto en Casa en España (Educere, 2014), presentó una estimación de los partos planificados en casa durante el año 2014. Tal como indican “*dado que no existe en España un registro general sobre el lugar donde los partos han sido planificados (con independencia del lugar donde finalmente ocurran)*”, presentan una estimación a partir de los datos del INE, entre aquellos que finalmente son asistidos en casa (sean planificados o no), y los asistidos en un centro sanitario (aunque estuvieran planificados para ser en casa) y consideran que la cifra de partos planificados en casa en el año 2013 fue de aproximadamente 800 partos, de los cuales estiman que entre 68 y 149 se planifican en Andalucía.

Resulta significativo el escaso número de partos que son planificados en casa en España, que según las estimaciones más altas son del 0,25% del total de partos. Una cifra muy por debajo de las de otros países de nuestro entorno como por ejemplo el Reino Unido, donde los partos se producen de forma planificada en el domicilio en un 2,3% de los casos (Office for National Statistics, 2015), siendo además en ese caso una opción cubierta por el sistema público

de salud (Educer, 2004). Un porcentaje que siendo significativamente superior al que se encuentra en España, sigue siendo muy residual, suponiendo un porcentaje muy minoritario de los partos que se producen en dicho país.

Por Comunidades Autónomas vemos claras diferencias, siendo Cataluña la región donde más partos planificados se contabilizan por esta asociación, coincidiendo también con los datos del INE.

**Tabla 14: Estimación global del número de partos planificados en domicilios particulares por Comunidades Autónomas. Año 2013**

|                            | Estimación<br>mínima | Estimación<br>máxima | Partos 2013    | Porcentaje<br>sobre<br>estimación<br>máxima<br>sobre el<br>total partos |
|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------|---|
| Andalucía                  | 68                   | 149                  | 80.122         | 0,19%   |
| Aragón                     | 13                   | 24                   | 11.396         | 0,21%   |
| Principado de Asturias     | 3                    | 10                   | 6.569          | 0,15%   |
| Islas Baleares             | 12                   | 22                   | 10.336         | 0,21%   |
| Canarias                   | 20                   | 36                   | 15.589         | 0,23%   |
| Cantabria                  | 8                    | 13                   | 4.725          | 0,28%   |
| Castilla La Mancha         | 15                   | 31                   | 18.714         | 0,17%   |
| Castilla y León            | 14                   | 31                   | 17.513         | 0,18%   |
| Cataluña                   | 318                  | 389                  | 70.272         | 0,55%   |
| Comunidad<br>Valenciana, C | 16                   | 59                   | 43.394         | 0,14%   |
| Extremadura                | 0                    | 9                    | 8.751          | 0,10%   |
| Galicia                    | 20                   | 39                   | 19.421         | 0,20%   |
| Madrid                     | 53                   | 120                  | 64.052         | 0,19%   |
| Murcia, R                  | 12                   | 28                   | 15.839         | 0,18%   |
| Navarra                    | 19                   | 25                   | 5.931          | 0,42%   |
| País Vasco                 | 54                   | 73                   | 18.674         | 0,39%   |
| La Rioja                   | 0                    | 3                    | 2.861          | 0,10%   |
| Ceuta                      | 0                    | 0                    | 1.075          | 0,00%   |
| Melilla                    | 0                    | 3                    | 1.487          | 0,20%   |
| <b>Total España</b>        | <b>646</b>           | <b>1064</b>          | <b>417.999</b> | <b>0,25%</b>  |

*Fuente: Educer, 2014 para la estimación y el INE para datos de partos. Elaboración propia*

## 5.5 Principales conclusiones de la revisión de la fuentes secundarias

Se ha tratado de realizar una breve descripción del modo en que se da a luz en Andalucía y en España, para tratar de aportar una fotografía en la que ubicar los discursos de las mujeres sobre su proceso de parto.

Destacar que la edad media de las mujeres que dan a luz, tanto a nivel nacional como autonómico es relativamente alta, entre los 29 y los 31 años. Más aún si tenemos en cuenta que para más de la mitad de las mujeres este parto fue el primero, lo cual nos da una idea del retraso que la maternidad está experimentando, con las consecuencias que para la salud de la mujer, y para las posibilidades de concepción tiene esta situación. No obstante, prácticamente todos los partos se llevaron a efecto, siendo los casos de muerte fetal residuales.

Las mujeres están en su mayoría casadas o conviven en pareja, y estar soltera supone en muchos de los casos que no se disponga de los datos del padre en la hoja de nacimiento del niño, por lo que podemos prever que serán en su mayoría hijos de familias monoparentales. Destacar que en la mayor parte de los casos en los que no aparecen datos del padre se trata de mujeres jóvenes o muy jóvenes.

Constatamos que el nivel de estudios de las mujeres andaluzas es sensiblemente inferior al nivel de estudios de las mujeres de su misma edad en otras Comunidades Autónomas. Se trata fundamentalmente de mujeres con estudios básicos y medios, aunque debido a la juventud de la población estudiada también encontramos un alto porcentaje de mujeres con estudios universitarios.

También se ha contrastado el alto porcentaje de mujeres que se dedican a las tareas del hogar, más de una de cada cuatro mujeres en Andalucía, frente a sólo el 14% del País Vasco, por ejemplo; lo que vuelve a poner de manifiesto

las diferencias en el perfil sociodemográfico de las mujeres que dan a luz en España según la Comunidad Autónoma donde vivan.

En su mayoría se trata de mujeres de nacionalidad española, bajando la media de edad del parto en el caso de que este sea de una mujer extranjera.

Un gran número de los nacidos son inscritos en capitales de provincia, donde además viven mayoritariamente las madres.

En general la mayor parte de los partos desarrollados en el año analizado son partos sencillos, normales y sin complicaciones. Cuando el parto es doble aumenta considerablemente la clasificación de estos como distócicos. En media las mujeres permanecen en los hospitales unos dos días y medio si se trata de un parto vaginal y unos cinco días si se trata de un parto mediante cesárea, siendo el hospital el lugar donde mayoritariamente las mujeres son asistidas por un parto, tanto en España como en Andalucía.

La mayor parte de los partos fueron vaginales, siendo por cesárea un porcentaje superior al recomendado por los organismos internacionales. Aumenta el número de cesáreas cuando aumenta la edad de la madre, de forma muy significativa y fundamentalmente a partir de los 38 años. Y se ha constatado que no es una práctica homogénea en las distintas regiones españolas con variaciones que llegan a los 15 puntos porcentuales.

Una de las conclusiones a las que podemos llegar es que existe variabilidad en la forma en que se desarrolla el parto en España en algunas características, mientras que otras presentan una enorme homogeneidad (por ejemplo, el lugar en el que se desarrolla el parto).

Destacar que la variabilidad existente no parece estar relacionada siempre con las características bio-médicas del parto, ya que como se ha comprobado la tasa de cesáreas varía por Comunidades Autónomas, con diferencias importantes, que no parecen estar explicadas por las características de la población femenina atendida en las distintas regiones. Es por ello que parece verosímil destacar la influencia de factores relacionados con la organización y política sanitaria (no olvidemos que las competencias sanitarias son potestad

de las Comunidades Autónomas), con la oferta de recursos, o incluso con las preferencias de las parturientas que pueden estar detrás de algunas de estas variabilidades.

Dar a luz en un hospital público o en un hospital privado explica parte de la variabilidad en el porcentaje de cesáreas, pero no lo explica todo, como hemos podido comprobar, por lo que sería necesario estudiar más a fondo el comportamiento de cada uno de los sistemas sanitarios autonómicos, así como la organización de cada centro sanitario.

**CAPÍTULO VI:**

**LA DECISIÓN DE LAS MUJERES DE USAR O NO LA**  
**ANESTESIA EPIDURAL DURANTE SU PARTO EN LOS**  
**HOSPITALES PÚBLICOS DE ANDALUCÍA**



## **6.1 La anestesia epidural como técnica paliativa del dolor en el trabajo de parto**

La atención por un embarazo, parto y puerperio es una de las principales causas de hospitalización de las mujeres en España, como se puede observar en la serie de datos de 2015 de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE, aproximadamente una quinta parte de las altas hospitalarias a mujeres en 2015 fue por motivos relacionados con el parto. Durante las últimas dos décadas, como recoge el informe de “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, el método establecido generalmente para combatir de forma farmacológica en España los dolores asociados a las contracciones, la dilatación y el parto, ha sido preferiblemente vía epidural (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

El masivo empleo de esta anestesia (Leppä et al., 2006; Halpern y Abdallah, 2010), ha desencadenado múltiples revisiones y editoriales en los que se resalta la fortaleza del perfil de esta técnica para el control del dolor relacionado con el trabajo de parto (Blair, Dobson, Hill, MacCracken y Fee, 2005). El dolor en el parto, aunque no es crónico sino transitorio, es de una intensidad superior en los seres humanos con respecto a otras especies de animales, entre las causas principales destacan el tamaño del cerebro del bebé y la adaptación producida por el ser humano a la locomoción bípeda (Wittman y Wall, 2007).

Las administraciones autonómicas han fomentado y regulando el uso de la anestesia epidural en el trabajo de parto. En el caso andaluz, la legislación plasmada en el Decreto 101/1995 de 18 de abril, recoge como derecho de la madre la reducción del dolor por medios anestésicos, si así es consentido por la misma. En la primera edición del documento sobre Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía del año 2002, se incorporó la utilización de la anestesia epidural como indicador que ilustra la calidad de la prestación que se ofrece en este proceso. En 2012, en el informe sobre la Organización de la Atención Pública en Andalucía, la Consejería de Salud de la

Junta de Andalucía considera la anestesia epidural como el método más eficaz para liberar del dolor en todas las fases del parto.

A pesar de las medidas puestas en marcha y de la popularización del uso de esta técnica paliativa del dolor durante el parto, conviene señalar también la existencia de voces contrarias a la utilización de la analgesia epidural y la oxitocina (Bellón, 2015). Algunos profesionales de la salud discrepan acerca de las ventajas del automatismo generalizado de esta práctica hospitalaria, advirtiendo de los inconvenientes que su utilización plantea, tanto para la mujer como para el feto (Odent, 2004; Spencer, 2004). Asimismo, la falta de comunicación de los sanitarios con las usuarias produce un importante número de reclamaciones (Jangland, Gunninberg y Carlsson, 2009; Venetis, Robinson, LaPlant y Allen, 2009) y demandas de las usuarias (Patiño y Reixach, 2009; Kuzel et al., 2004). Pese a ello, ha aumentado la oferta de la anestesia epidural en el trabajo de parto. En Andalucía actualmente la totalidad de los hospitales del SSPA ofrecen esta técnica paliativa del dolor durante el proceso de parto. En anteriores publicaciones en las que participé en el equipo investigador (Biedma, García y Serrano, 2010), se constataba que las mujeres que fueron atendidas en los hospitales del SSPA hacían un uso diferencial de la anestesia epidural en el parto, y que dicho uso tiene una relación significativa con un conjunto de variables sociodemográficas. El número de mujeres que fueron atendidas en los hospitales del SSPA y que rechazaban la anestesia epidural fue reduciéndose durante los años estudiados (2000-2007) y no se distribuía aleatoriamente, bien al contrario estaba concentrado en usuarias con escaso nivel de estudios, menor nivel de ingresos y “amas de casa”, lo que mostraba que más que una elección se trataba de una suerte de exclusión (Biedma, García y Serrano, 2010).

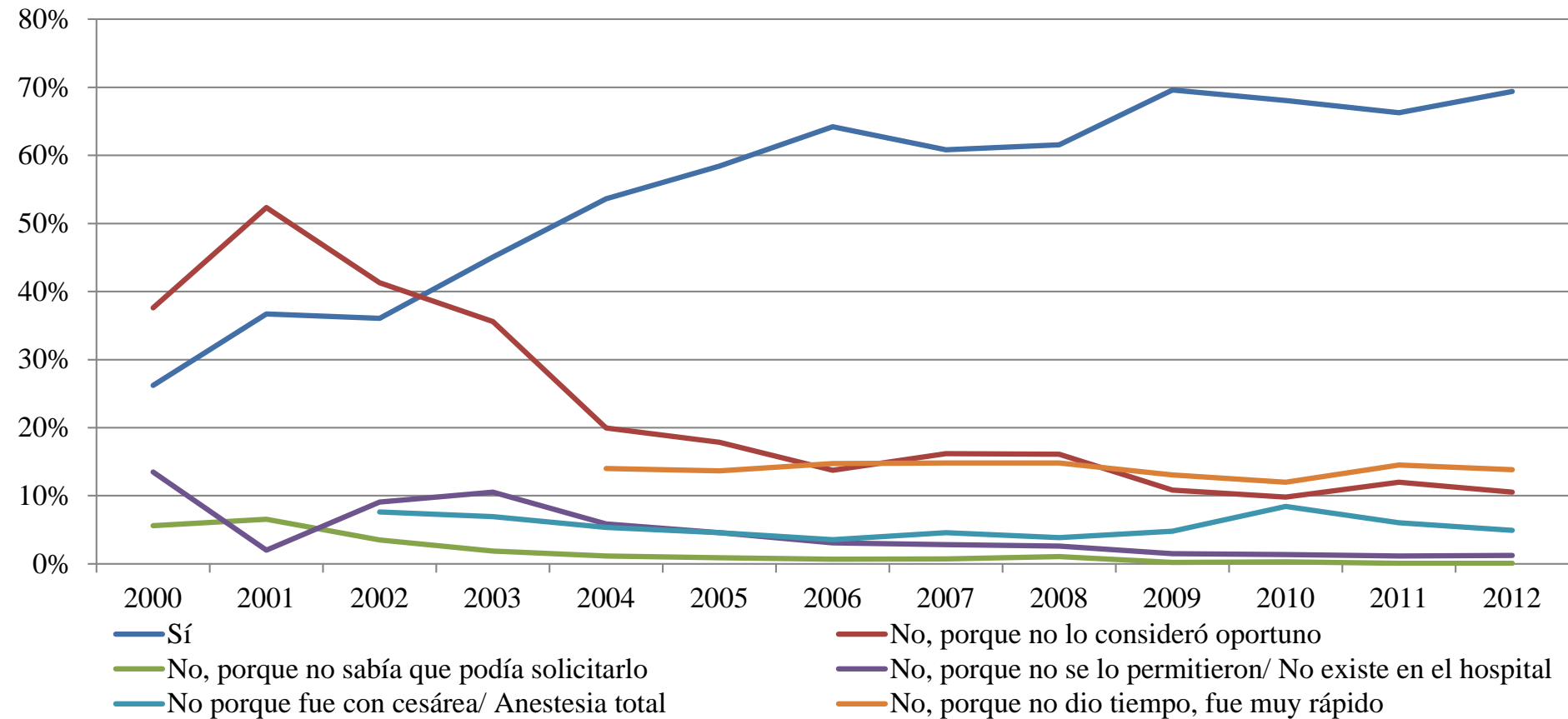
En esta tesis doctoral se analizarán los datos hasta 2012, todos de los que se dispone, para contrastar si el proceso de universalización de la oferta de esta técnica paliativa del dolor en el proceso de parto se ha completado y tiene algún efecto sobre la desigualdad en salud comentada, a saber: contrastar si el hecho de que se alcance una universalización de facto en la oferta contribuye a que la elección de utilizarla sea una elección real.

## **6.2 La anestesia epidural en los hospitales públicos de Andalucía**

La popularización del uso de la anestesia epidural como técnica paliativa del dolor durante el parto en los hospitales públicos de Andalucía, como se ha podido observar anteriormente, es un hecho demostrable. No obstante, tras analizar la excelsa información que poseemos sobre las usuarias que fueron atendidas para un parto en alguno de los hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) durante los años 2000 al 2012, información recogida mediante las encuestas anuales de satisfacción a usuarios de atención hospitalarias del SSPA, consideramos posible analizar empíricamente cómo se ha producido el proceso de universalización de dicha prestación así como sus principales consecuencias. Para ello partimos de los siguientes hechos constatados empíricamente:

- En primer lugar es de destacar que las usuarias encuestadas que se decantaron por la opción de respuesta “no se lo permitieron, no existe en el hospital”, disminuye del 13,5% en el año 2000 hasta prácticamente el 0% en 2012, por lo que se puede hablar de un proceso “completo” de universalización del servicio.
- En segundo lugar, se observa un incremento de 40 puntos porcentuales en la utilización del servicio, pasando de un 26,2% al 69,4%.
- Y el tercero es que la ampliación de la oferta per se no da para explicar el incremento que se produce en su utilización, de hecho supone un porcentaje mucho menor que el aumento experimentado en la opción de respuesta afirmativa, incluso considerando que, sobre todo en los primeros años de la serie contemplada, es plausible que algunas entrevistadas dieran como respuesta “no lo consideré oportuno”, cuando la posibilidad de utilización realmente no existía (autopercepción de posibilidades de elección que no poseen).

**Figura 31: Evolución en porcentaje de las respuestas a la pregunta ¿Le pusieron anestesia epidural durante su parto?. Usuaris de atención hospitalaria en Andalucía 2000-2012**



Fuente: Encuesta de satisfacción de usuarios de Atención Hospitalaria del SSPA. Elaboración propia

## **6.3 Sobre el uso o no de la anestesia epidural**

Dado que lo que se pretende analizar en este momento es qué elementos pueden estar relacionados o influir en el hecho de que una mujer decida o no elegir el uso de la anestesia epidural en su parto, lo primero que tenemos que hacer es convertir la pregunta que tenemos en el cuestionario en un indicador que pueda discriminar entre aquellas mujeres que eligen en términos reales y aquellas otras que no lo hacen, para ello la pregunta del cuestionario con las siguientes posibles categorías de respuesta:

¿Le pusieron anestesia epidural durante su parto?

1- Sí

2- No lo consideré oportuno

3- No sabía que podía solicitarlo

4- No, porque no me lo permitieron (sin darle explicaciones)

5- No, porque hubo una contraindicación médica

6- No, porque fue con cesárea / anestesia total

-7 No, porque no dio tiempo, fue muy rápido

Se han se han recodificado en si (aquellas que contestaron la opción 1 “Sí”) y no (aquellas que contestaron la opción 2 “No lo consideré oportuno”) mandándose el resto de respuestas a *missing*. De esta manera tenemos una variable dicotómica que nos muestra la decisión real de la mujeres sobre el uso o no de la anestesia epidural. La muestra final de mujeres que pudieron realmente elegir utilizar o no la anestesia epidural, es de 16.490 usuarias asistidas para un parto en los hospitales del SSPA entre los años 2000 al 2012. De ellas, el 30,2% rechazaron utilizar la anestesia epidural en su parto (4.982 encuestadas) y el 69,8% decidieron utilizarla (11.508 encuestadas).

### **6.3.1 Análisis bivariados con las variables sociodemográficas**

Los análisis bivariados, que se comentan muy brevemente a continuación pero que puede el lector encontrar en la tabla 12, revelan que todas las variables independientes introducidas muestran diferencias estadísticamente significativas, lo cual en parte se pudiera deber al importante tamaño muestral del estudio, por lo que se realizarán posteriormente otros análisis multivariantes que resuelvan este inconveniente.

No obstante, la variable año del parto es claramente la que introduce mayores diferencias en la utilización o no de la epidural. De hecho, aunque en términos generales el 30% decidió no usar la anestesia epidural, casi el 60% de las madres rechazaron esta técnica en los años 2000 y 2001 mientras que el porcentaje se sitúa en torno al 13% en el año 2012. Como variables sociodemográficas se destaca el nivel de estudios, siendo así que entre aquellas mujeres con estudios primarios el porcentaje que decide utilizar la anestesia epidural es del 64%, mientras que su uso llega al 79% entre las que poseen estudios universitarios.

En suma, lo que se puede destacar principalmente de los análisis bivariados es que la elección o no del uso de la anestesia epidural está estrechamente relacionado con características sociodemográficas y que cuestiones que parecían ajenas a ello como la evitación del dolor tienen una dimensión social de suma importancia. Mujer y maternidad, conceptos que a priori pudieran describir hechos objetivos, son conceptos tan sociales e intersubjetivos como puedan serlo el de clase social o estatus. En este sentido, quizás se comprenda mejor por qué la mujer ha sido definida a lo largo de la historia, en gran medida, por su papel maternal, sin el cual en ciertos momentos, perdía todo papel social, carecía de identidad como sujeto social.

**Tabla 15: Utilización o no de la anestesia epidural durante el parto en Andalucía 2000-2012 según diferentes variables.**

| VARIABLES         | CATEGORIAS               | No, porque no lo consideró oportuno <sup>a</sup><br>(n = 4982; 30,2%) | Residuos tipificados | Si <sup>a</sup> | Residuos tipificados | Sig <sup>b</sup> |
|-------------------|--------------------------|---|----------------------|-----------------|----------------------|------------------|
| Año del parto     | 2000                     | 58,9%   | 16,8                 | 41,1%           | -11                  | 0                |
|                   | 2001                     | 58,8%   | 20,2                 | 41,2%           | -13,3                |                  |
|                   | 2002                     | 53,4%   | 14,7                 | 46,6%           | -9,7                 |                  |
|                   | 2003                     | 44,2%   | 9,2                  | 55,8%           | -6,1                 |                  |
|                   | 2004                     | 27,1%   | -2,1                 | 72,9%           | 1,4                  |                  |
|                   | 2005                     | 23,4%   | -4,9                 | 76,6%           | 3,2                  |                  |
|                   | 2006                     | 17,7%   | -9,3                 | 82,3%           | 6,1                  |                  |
|                   | 2007                     | 21,1%   | -6,6                 | 78,9%           | 4,3                  |                  |
|                   | 2008                     | 20,8%   | -7,1                 | 79,2%           | 4,7                  |                  |
|                   | 2009                     | 15,6%   | -8                   | 84,4%           | 5,3                  |                  |
|                   | 2010                     | 15,9%   | -7,7                 | 84,1%           | 5                    |                  |
|                   | 2011                     | 15,3%   | -8,1                 | 84,7%           | 5,3                  |                  |
|                   | 2012                     | 13,1%   | -8,9                 | 86,9%           | 5,9                  |                  |
| Ingresos netos    | Menos de 250 €           | 41,2%   | 3,5                  | 58,8%           | -2,4                 | 0                |
|                   | Entre 251 y 500 €        | 37,8%   | 4,2                  | 62,2%           | -2,8                 |                  |
|                   | Entre 501 y 1000 €       | 39,5%   | 9,1                  | 60,5%           | -6,2                 |                  |
|                   | Entre 1001 y 1500 €      | 28,5%   | -3,1                 | 71,5%           | 2,1                  |                  |
|                   | Entre 1501 y 2000€       | 24,2%   | -5,2                 | 75,8%           | 3,5                  |                  |
|                   | Entre 2001 y 2500 €      | 19,8%   | -5,8                 | 80,2%           | 3,9                  |                  |
| Nacionalidad      | Más de 2500 €            | 16,9%   | -6,9                 | 83,1%           | 4,7                  | 0,034            |
|                   | Española                 | 19,0%   | -0,5                 | 81,0%           | 0,2                  |                  |
| Situación Laboral | Otra                     | 24,2%   | 1,7                  | 75,8%           | -0,8                 | 0                |
|                   | Trabaja                  | 23,8%   | -9,6                 | 76,2%           | 6,3                  |                  |
|                   | Ama de casa o jubilada   | 39,9%   | 12,7                 | 60,1%           | -8,4                 |                  |
| Estado Civil      | Desempleada o estudiante | 28,7%   | -1,8                 | 71,3%           | 1,2                  | 0                |
|                   | No casadas               | 31,9%   | -3,1                 | 68,1%           | 2,3                  |                  |
|                   | Casadas o lo han estado  | 37,1%   | 1,3                  | 62,9%           | -1                   |                  |
| Nivel de Estudios | Hasta Estudios Primarios | 36,0%   | 9,5                  | 64,0%           | -6,2                 | 0                |
|                   | Estudios Secundarios     | 26,9%   | -4,2                 | 73,1%           | 2,8                  |                  |
|                   | Estudios Universitarios  | 21,0%   | 21                   | 79,0%           | 6,3                  |                  |
| Grupo de Edad     | De 15 a 19 años          | 34,7%   | 1,8                  | 65,3%           | -1,2                 | 0,002            |
|                   | De 20 a 24 años          | 33,7%   | 2,6                  | 66,3%           | -1,7                 |                  |
|                   | De 25 a 29 años          | 30,4%   | 0,2                  | 69,6%           | -0,1                 |                  |
|                   | De 30 a 34 años          | 28,8%   | -2,1                 | 71,2%           | 1,4                  |                  |
|                   | De 35 a 39 años          | 30,2%   | 0                    | 69,8%           | 0                    |                  |
|                   | De 40 a 44 años          | 29,9%   | -0,1                 | 70,1%           | 0,1                  |                  |
|                   | Más de 44 años           | 34,8%   | 0,7                  | 65,2%           | -0,5                 |                  |

<sup>a</sup> Porcentaje por fila

<sup>b</sup> Significatividad (Chi cuadrado de Pearson)

Fuente: Encuesta de satisfacción de usuarios de Atención Hospitalaria del SSPA.

### **6.3.2 Universalización de la oferta de anestesia epidural en el parto en los hospitales del SSPA**

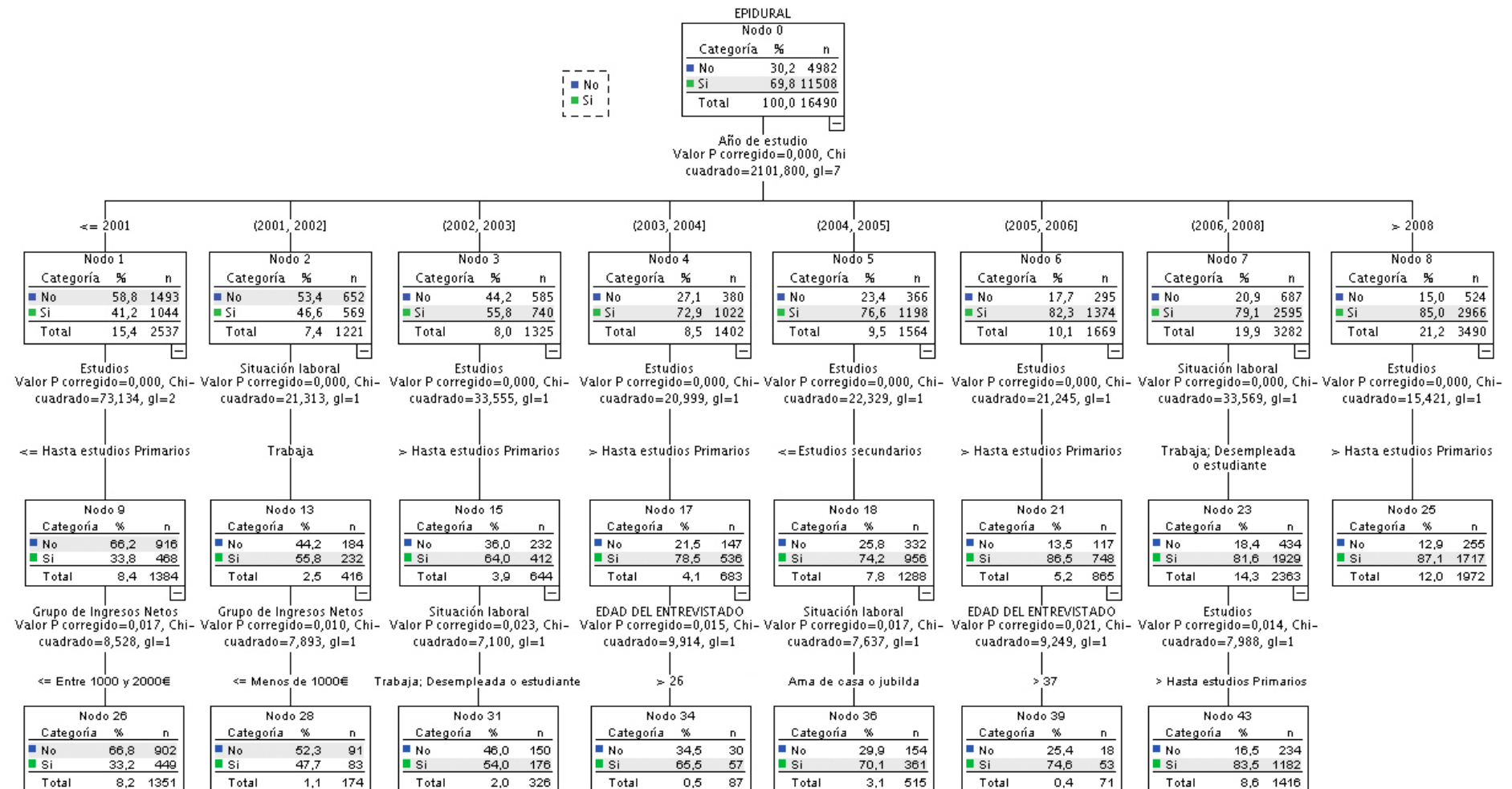
Los datos han mostrado como la utilización de analgesia epidural durante el parto en los hospitales del SSPA se ha incrementado con los años. Uno de los motivos es, sin duda, la universalización de la oferta conseguida totalmente en los últimos años. Sin embargo, aunque en claro descenso, aún existe un grupo de mujeres que rechazan de forma expresa la utilización de esta técnica paliativa del dolor, lo cual no es un problema, bien al contrario, si se debe a la libre elección y no encubre algún tipo de desigualdad.

No obstante, en la muestra general se observa que el mayor rechazo se produce entre mujeres con bajos ingresos, nivel de estudios bajo y amas de casa, reproduciéndose lo hallado por otros autores (Biedma, García y Serrano, 2010).

Ante estos datos, hemos tratado de profundizar algo más y hemos tomado en cuenta si el año en que se produce el parto (variable que de forma bivariada más asociación demostraba) ha modificado el perfil de la mujer que no utiliza la epidural. Para ello se ha realizado el análisis de segmentación jerárquica, tomando como variable dependiente o a explicar la utilización de analgesia epidural, y como variables predictoras o discriminantes el año en que se ha producido el parto así como el resto de variables sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

El resultado se presenta a través del dendograma o árbol de segmentación siguiente (Figura 32).



**Figura 32: Árbol de Segmentación Jerárquica (podado) sobre utilización o no de la anestesia epidural durante el parto en Andalucía 2000-2012.**

Fuente: Encuesta de satisfacción de usuarios de Atención Hospitalaria del SSPA. Elaboración propia.

El primer grupo (Nodo 0) contiene toda la muestra de mujeres que fueron atendidas para la asistencia de un parto en un hospital del SSPA desde el año 2000 al 2012. De ellas, entorno al 30% rechazaron utilizar analgesia durante el parto, frente al 70% que sí que la solicitaron. La variable que ha mostrado mayor poder discriminante en la explicación de la utilización o rechazo de la anestesia epidural ha sido el año del parto, seguida posteriormente del nivel de estudios y la situación laboral.

Destacar en la primera división, que entre las mujeres que han parido en el año 2000 ó 2001 la moda cambia hacia la no utilización de anestesia epidural, con porcentajes que se sitúan en el 58,8%. En la posición contraria encontramos a las entrevistadas que dieron a luz durante los años 2009 al 2012, con un porcentaje de rechazo del 15%.

En una segunda división, entran en juego las variables nivel de estudios en 6 de los 8 subgrupos de año en que se produce el parto y la situación laboral para los 2 restantes. El único nodo en este nivel que obtiene como categoría modal el rechazo a la anestesia epidural, es el nodo número 9, que hace referencia a mujeres que han parido en el año 2000 ó 2001 y que tienen un nivel de estudios máximo de primarios. En este nodo aproximadamente 2 de cada 3 mujeres rechazan el uso de la anestesia epidural.

En una tercera y última división, entran en juego las variables ya comentadas en el segundo nivel además de otras como el nivel de ingresos y la edad. Es destacable que se genera este nivel de segmentación en todos los subgrupos del año del parto a excepción del último (2009 al 2012), lo que indica que las variables sociodemográficas introducidas en el análisis no generan para esos años diferencias significativas en el uso o no de la anestesia epidural durante el trabajo de parto.

A continuación se muestra una tabla que ofrece información sobre la ganancia de los nodos finales que ha configurado el Árbol de Segmentación Jerárquica anteriormente expuesto.

**Tabla 16: Ganancia para los nodos finales del Árbol de Segmentación Jerárquica sobre utilización o no de la anestesia epidural durante el parto en Andalucía 2000-2012**

| Nodo <sup>a</sup> | N    | Porcentaje N | Ganancia N | Ganancia Porcentaje | Respuesta | Índice |
|-------------------|------|--------------|------------|---------------------|-----------|--------|
| 26                | 1351 | 8,2%         | 902        | 18,1%               | 66,8%     | 221,0% |
| 28                | 174  | 1,1%         | 91         | 1,8%                | 52,3%     | 173,1% |
| 31                | 326  | 2,0%         | 150        | 3,0%                | 46,0%     | 152,3% |
| 34                | 87   | 0,5%         | 30         | 0,6%                | 34,5%     | 114,1% |
| 36                | 515  | 3,1%         | 154        | 3,1%                | 29,9%     | 99,0%  |
| 39                | 71   | 0,4%         | 18         | 0,4%                | 25,4%     | 83,9%  |
| 43                | 1416 | 8,6%         | 234        | 4,7%                | 16,5%     | 54,7%  |
| 25                | 1972 | 12,0%        | 255        | 5,1%                | 12,9%     | 42,8%  |

<sup>a</sup> Método de crecimiento CHAID

*Fuente: Encuesta de satisfacción de usuarios de Atención Hospitalaria del SSPA.*

Al analizar los nodos finales, se puede afirmar que el grupo con mayor ganancia respecto al total en la categoría de rechazo de la epidural (un 121% más que la muestra total) es el nodo número 26, compuesto por las mujeres que han parido en el año 2000 ó 2001 con un nivel de estudios no superior a primarios y con escasos ingresos económicos (menos de 1000 euros mensuales). Por el contrario, el nodo final que tiene una menor ganancia respecto al total en la categoría de rechazo de la anestesia epidural (un 57,2% menos que la muestra total) es el nodo 25, compuesto por madres atendidas entre los años 2009 y 2012 y con nivel de estudios superior a primarios.

## 6.4 Modelos de Regresión Logística

Los análisis realizados describen exploratoriamente pero no permiten conocer que variables estudiadas son las que mayor impacto tienen en el uso o no de la anestesia epidural en el trabajo de parto. Por ello, se ha efectuado un

Análisis de Regresión Logística Binaria, que posibilitaría saber el efecto de cada variable explicativa manteniendo *ceteris paribus* el resto. Se han introducido las mismas variables que en el dendograma anterior.

**Tabla 17. Regresión Logística binaria sobre el uso de la anestesia epidural durante el parto según variables sociodemográficas y año de ingreso de las usuarias de atención hospitalaria en Andalucía 2000-2012**

| Variables y categorías       | Uso de la Anestesia Epidural |                      | I.C. 95% para Odds Ratio |          |
|------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------------|----------|
|                              | Sig.                         | Odds Ratio           | Inferior                 | Superior |
| Nivel de Ingresos Netos      | 0,002                        |                      |                          |          |
| Más de 2000€                 |                              | 1,000                |                          |          |
| Menos de 1000€               | 0,002                        | 0,763                | 0,644                    | 0,905    |
| Entre 1000 y 2000€           | 0,089                        | 0,872                | 0,744                    | 1,021    |
| Edad                         | 0,231                        | 0,995                | 0,987                    | 1,003    |
| Situación Laboral            | 0                            |                      |                          |          |
| Desempleada o estudiante     |                              | 1,000                |                          |          |
| Trabaja                      | 0,021                        | 1,136                | 1,020                    | 1,266    |
| Ama de casa o jubilada       | 0,002                        | 0,847                | 0,762                    | 0,941    |
| Nivel de Estudios            | 0                            |                      |                          |          |
| Universitarios               |                              | 1,000                |                          |          |
| Hasta estudios Primarios     | 0                            | 0,587                | 0,515                    | 0,669    |
| Estudios Secundarios         | 0,002                        | 0,809                | 0,709                    | 0,923    |
| Año                          | 0                            |                      |                          |          |
| 2009-2012                    |                              | 1,000                |                          |          |
| 2000-2001                    | 0                            | 0,136                | 0,119                    | 0,156    |
| 2002                         | 0                            | 0,172                | 0,148                    | 0,201    |
| 2003                         | 0                            | 0,247                | 0,211                    | 0,288    |
| 2004                         | 0                            | 0,546                | 0,462                    | 0,645    |
| 2005                         | 0                            | 0,631                | 0,534                    | 0,746    |
| 2006-2008                    | 0                            | 0,750                | 0,653                    | 0,862    |
| Constante                    | 0                            | 10,556               |                          |          |
| R <sup>2</sup> de Nagelkerke | 0,201                        | % Casos clasificados | 78,40%                   |          |
| Prueba Hosmer y Lemeshow     | 0,276                        | N                    | 16490                    |          |

Fuente: Encuesta de satisfacción de usuarios de Atención Hospitalaria del SSPA.

El modelo, que incluye 5 variables predictoras logra una eficacia predictiva de la probabilidad de uso o no de la anestesia epidural en el trabajo de parto de un 0,201, aunque el interés de este análisis no es por su capacidad predictiva. La prueba de bondad del ajuste de Hosmer y Lemeshow permite afirmar, a partir de un contraste de hipótesis, que el modelo ajusta bien los datos observados (no se puede rechazar la hipótesis nula, ya que el valor Sig. es  $>0,05$ ).

En cuanto a las covariables introducidas en el modelo, la única variable que no muestra un efecto significativo es la edad de la parturienta. Por el contrario, son estadísticamente significativas: el nivel de estudios, el nivel de ingresos netos, la situación laboral y el año en que se produce el parto. La variable que más impacto tiene en el uso de la anestesia epidural durante el parto es la situación laboral, en concreto en su categoría trabaja (Odds Ratio: 1,136) manteniéndose todas las demás variables constantes.

A continuación se reproduce la regresión logística anterior, pero esta vez únicamente con las mujeres que fueron atendidas por un parto en los últimos 4 años de estudio. Esta decisión se toma en base a los resultados del árbol de segmentación, donde los nodos del primer nivel correspondían a 1 o 2 años, y no había diferencias significativas en un tercer nivel para la agrupación de los años 2009, 2010, 2011 y 2012. La siguiente tabla muestra que ninguna de las variables sociodemográficas introducidas en el modelo tienen un efecto significativo en el uso o no de la anestesia epidural.

**Tabla 18: Regresión Logística binaria sobre el uso de la anestesia epidural durante el parto, según variables sociodemográficas de las usuarias de atención hospitalaria en Andalucía 2009-2012.**

| Variables y categorías       | Uso de la Anestesia Epidural |                      |                          |          |
|------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------------|----------|
|                              | Sig.                         | Odds Ratio           | I.C. 95% para Odds Ratio |          |
|                              |                              |                      | Inferior                 | Superior |
| Nivel de Ingresos Netos      | 0,383                        |                      |                          |          |
| Más de 2000€                 |                              | 1,000                |                          |          |
| Menos de 1000€               | 0,242                        | 0,799                | 0,549                    | 1,164    |
| Entre 1000 y 2000€           | 0,623                        | 0,919                | 0,657                    | 1,286    |
| Edad                         | 0,694                        | 1,004                | 0,985                    | 1,023    |
| Situación Laboral            | 0,172                        |                      |                          |          |
| Desempleada o estudiante     |                              | 1,000                |                          |          |
| Trabaja                      | 0,866                        | 1,02                 | 0,809                    | 1,287    |
| Ama de casa o jubilada       | 0,090                        | 0,781                | 0,587                    | 1,039    |
| Nivel de Estudios            | 0,269                        |                      |                          |          |
| Universitarios               |                              | 1,000                |                          |          |
| Hasta estudios Primarios     | 0,109                        | 0,778                | 0,572                    | 1,058    |
| Estudios Secundarios         | 0,360                        | 0,871                | 0,647                    | 1,171    |
| Constante                    | 0                            | 6,961                |                          |          |
| R <sup>2</sup> de Nagelkerke | 0,01                         | % Casos clasificados |                          | 71,20%   |
| Prueba de Hosmer y Lemeshow  | 0,64                         | N                    |                          | 3.490    |

*Fuente: Encuesta de satisfacción de usuarios de Atención Hospitalaria del SSPA.*

## 6.5 El impacto de la universalización de la anestesia epidural en los perfiles de las parturientas

Como se ha observado anteriormente, en 2012 el 87% de las mujeres andaluzas que tuvieron la posibilidad real de utilizar o no la anestesia epidural decidieron usarla. Este alto porcentaje responde en gran medida, a una universalización de la oferta de este servicio en los hospitales del SSPA aunque también a la normalización social de su uso contra un dolor que se asume como desesperante en sus diferentes fases (Díaz-Sáez et al., 2011).

La posibilidad de elección de las técnicas de disminución del dolor durante el parto, se ha universalizado en los hospitales del SSPA, gracias a una

política de servicio al ciudadano que pretende llegar a todos los sectores sociales sin discriminación alguna.

Anteriores estudios habían mostrado que en el uso de la anestesia epidural se producía un claro sesgo, que si bien no es achacable a la política sanitaria, es intrínseco a la sociedad en la que se ofrece y accede a esta prestación. A saber, una discriminación que aparentemente “autoimpuesta” respondía a estereotipos socioculturales, en los que las mujeres de menor nivel educativo, menor nivel de ingresos y trabajadoras en su propio hogar rechazaban sistemáticamente la prestación a la que tienen derecho (Biedma, García y Serrano, 2010). Este hecho no se produce tanto por un proceso de decisión activa e informada, sino porque el sistema no había conseguido ni universalizar la prestación totalmente, ni trasladar la posibilidad a ellas y su entorno con la fuerza suficiente como para tener la posibilidad real de romper con las barreras de todo tipo que les hacía muy difícil tomar dicha decisión sin costes identitarios.

Antes de concluir, con los resultados más relevantes de los análisis realizados, es importante señalar sus principales limitaciones, estas son: por un lado, que no disponemos de datos del 2013 en adelante, ya que el proyecto que lo nutre de microdatos dejó de hacerse en ese año; y, por otro, la imposibilidad de disponer también de datos del personal sanitario que atendió al parto para poder contrastar la posible influencia del mismo.

No obstante, a tenor de los resultados expuestos en este capítulo de la tesis, se puede observar con claridad como el proceso de universalización de la oferta de un servicio público, en este caso la anestesia epidural por ser considerada como la técnica más eficaz para abordar el dolor en el parto (Ortiz-Gómez, Palacio-Abizanda y Fornet-Ruiz, 2014), ha provocado no solo un incremento de la demanda, sino la universalización de la posibilidad de elección por parte de las parturientas. Es decir, las características sociodemográficas que parecían explicar el mayor rechazo en su utilización y que escondían realmente una desigualdad social basada en el esquema tradicional expuesto por Martín Criado (2004, 2007a, 2007b) de la “buena

madre”, como aquella mujer que “evaluada por sus próximos sociales” consideraría que el cuidado propio es “ilegítimo”, se han ido diluyendo en este ámbito en los últimos años por los efectos de una política pública que se ha universalizado en la oferta en términos reales.

Por otra parte, su mayor uso y la divulgación de su conocimiento también está favoreciendo la propagación de noticias sobre los perjuicios de la anestesia epidural que parecen estar reforzando una postura activa de rechazo a la misma aunque de naturaleza totalmente diferente a la acontecida años atrás, ya que son mujeres con un nivel educativo y sociocultural alto, que eligen no utilizarla bajo un esquema cognitivo completamente alejado del esquema tradicional ya expuesto (Díaz-Sáez et al., 2011).

Este tipo de mujeres ensalzan las virtudes de métodos de parto alternativos con intervención médica no autoritaria (Green, 2008) y bioquímica mínima, lo que ponen en relación con mayor satisfacción (Maderuelo et al., 2006) y empoderamiento de la mujer en cualquier proceso (Asamblea General de Naciones Unidas, 2015).

En suma, características que están en la base del parto ideal de esa nueva identidad social de mujer con respecto al parto y la maternidad, que se ha denominado en el capítulo tercero como mujeres postmodernas

Distintos estudios señalan que las mamás están más satisfechas con el parto que han tenido cuando ha sido un parto vaginal sin epidural, se ha favorecido la lactancia materna, con una actitud empática del personal sanitario y la posibilidad de estar acompañadas en el momento del parto (Aguilar et., 2013; Sacristan et al., 2011; Gutman y Tabak, 2011; López y Puertas, 2007), lo que en general se pone en relación con modelos más humanizados de parir ya sea en ámbitos hospitalarios o extra hospitalarios (Mas-Pons, Barona-Vilar y Carreguí-Vilar, 2012; Goodman, Mackey y Tavakoli, 2004).

Cuando hablamos del “sentido del dolor”, podemos hacerlo desde dos ámbitos fundamentales. En primer lugar se podría hablar del sentido que



biológicamente tiene el dolor. En segundo lugar, de la función o “sentido social” del dolor.

## **CAPÍTULO VII:**

### **DISCURSOS, EXPECTATIVAS Y DEMANDAS DE LAS MUJERES SOBRE SU PARTO**

## 7.1 Introducción a los ejes temáticos analizados

En este capítulo vamos a analizar la información obtenida a través de las técnicas cualitativas empleadas: entrevistas en profundidad y grupos de discusión, para acercarnos a nuestro objeto de estudio desde una perspectiva estructural y no distributiva, para tratar de comprender más que de medir. Para ello hemos decidido explorar la información que se deriva de los discursos, expectativas y demandas que tienen las mujeres sobre el parto, utilizando un análisis del contenido de forma temática.

Los ejes temáticos que se analizan en este capítulo son los que se expusieron en el capítulo dedicado a la metodología de la investigación. Mediante los mismos se tratará de poner de manifiesto como el afrontamiento y la vivencia del parto puede analizarse como un proxy para describir e interpretar la identidad social de las mujeres que han tenido la vivencia de un parto. Se han analizado, por tanto, distintos ejes temáticos: algunos que preceden a la propia vivencia del parto de las mujeres, como son el periodo de embarazo que precede a la experiencia objeto de estudio y otros que son de carácter transversal a todo el proceso, como el denominado “el sentido de la maternidad”. Este eje lo hemos desarrollado a partir de distintos aspectos cardinales repetidos en todos los discursos de las mujeres informantes, posibilitando un análisis integral para comprender el pensamiento y comportamiento expresado por las mujeres, herramientas estas necesarias para acercarnos a la identidad social de las mujeres en relación a una experiencia particular como es el proceso de parto y la maternidad.

Los distintos discursos sociales que hemos agrupado en cada una de nuestras identidades sociales teóricas, han mostrado significativas diferencias en cada uno de los ejes temáticos, tanto en los argumentos que se utilizan para desarrollarlos, como por el uso semántico distinto que otorgan en ocasiones a un mismo concepto. No obstante, también vamos a presentar los elementos que son compartidos, que muestran la existencia de un discurso social común

en las distintas cuestiones planteadas, independientemente de las características de nuestras informantes.

## 7.2 El sentido de la maternidad

La maternidad es una experiencia al tiempo personal y social, que está cargada de significados representados en las formas de pensamiento y de actuación que tenemos tanto como individuos, como por la sociedad en la que nos encontramos. La maternidad, no sólo ha sido entendida a partir de las diferencias de sexo sino, sobre todo y fundamentalmente a partir de las diferencias de género, puesto que integra un componente social sobre la forma de entender las representaciones sociales, y este componente es el que analizamos en nuestro trabajo.

### 7.2.1 Separación de las esferas pública y privada

La maternidad ha sido y es una de las cuestiones más relevantes para dar cuenta de cómo se ha entendido el papel de la mujer en cada periodo histórico. Las prácticas sociales en torno a la maternidad, han marcado a la mujer como protagonista y responsable no ya de su proceso vital sino de un tipo de estructura familiar que sirve como vehículo perpetuador del sistema patriarcal. En la sociedad actual, así como en la mayor parte de los precedentes, existe una separación de los ámbitos públicos y privados. El sistema patriarcal ha sabido utilizar la maternidad como instrumento legitimador apoyándose en las representaciones sociales, para separar la esfera doméstica, de la productiva, tratando de legitimarse por las diferencias reales de nuestra biología. El reconocimiento de estas esferas, ha sido recogido en todos los discursos sociales analizados, con un argumento compartido de la existencia de dos ámbitos y cómo su papel en cada uno de ellos es diferente. No obstante, encontramos distintas percepciones a la hora de valorar estos ámbitos y cuál es el papel que desempeñan las mujeres en él.

El discurso social de las **mujeres tradicionales** recoge una evaluación de la esfera pública y privada bastante desigual, como dos mundos clara y estrictamente separados. La mayoría de las mujeres que podríamos incluir en el tipo ideal tradicional perciben la maternidad como un espacio de poder que se desarrolla casi exclusivamente en el hogar. En este ámbito privado, las mujeres se representan como las dueñas de las tareas, se consideran benefactoras de la estructura familiar ideal con un sistema normativo basado principalmente en el lazo biológico madre-bebe, que las hace sentirse relevantes. Las mujeres tradicionales fundamentan su identidad social en el contexto privado ya que se consideran como las más adecuadas y capacitadas para tomar las decisiones en el mismo. La condición femenina las determina para desempeñar un papel de protectoras de la familia en éste ámbito, con una argumentación basada en el afecto y la dedicación, que aunque requiere un gran esfuerzo, se considera propio de su naturaleza, casi instintivo.

Asimismo, en la mayoría de los discursos de mujeres con una identidad social tradicional, encontramos percepciones basadas en su condición de mujer en la esfera privada. Un discurso normativo que conlleva una serie de comportamientos aprendidos como “lo normal” y “lo natural”, por lo que no se concibe en esta esfera otro tipo de pensamiento y comportamiento. Las mujeres se consideran poderosas en este ámbito y no quieren encontrarse tuteladas por otros, por elementos ajenos a la familia, que les deslegitimen en su capacidad de decisión sobre cómo afrontar la maternidad.

### **GD3: Presentación de las mujeres.**

- MUJER 2: *Mi hija me hace la cama antes de salir del colegio, antes de irse para el colegio me hace la cama y cuando llega “mamá, ¿te ayudo a algo?”, digo no, de lunes a viernes tus estudios y tus cosas y el fin de semana me ayudas.*

### **GD3: Conversación sobre qué es para ellas la maternidad.**

- MUJER 1: *muy bonito*

- MUJER 2: *Lo más bonito que hay en la vida, por lo menos para mí. Yo tengo 4 y para los 4 he tenido la misma ilusión*

[SILENCIO PROLONGADO]

- MUJER 3: *Te lo quitas para tus hijos, eso está de cajón, vamos que te cambia la vida eso es seguro. Ahora, eso sí, feliz, yo entiendo que cualquiera... yo qué sé, vamos*

- MUJER 4: *Vamos a mí me alegra cambiar las fiestas por los parques [RISAS]. Es la verdad. No sabía yo que iba a disfrutar tanto en los parques*
- MUJER 3: *Nada más tienes que ver que cuando los tienes los ves y se te pasa todo*
- MUJER 4: *Cuando están jugando y riéndose y*
- MUJER 3: *Por mucho que te duela de la cabeza se te olvida todo, ¿o es mentira?*
- MUJER 1: *Ya*

El ámbito público es concebido como un contexto separado, ajeno o como mucho auxiliar para las mujeres tradicionales. En la mayoría de los casos, si se ejercen tareas fuera del ámbito del hogar, consideran que estas actividades complementan un trabajo que corresponde a su pareja (hombres) y generalmente desarrollan profesiones vinculadas a las tareas domésticas y de cuidado (limpiadoras, cuidadoras...). Los hombres son los responsables de lo público, los sustentadores económicos de la familia, por lo que cualquier actividad que ellas realicen en éste ámbito es complementaria, a excepción de alguna mujer que ha manifestado no tener pareja.

#### **GD5: Discurso sobre maternidad y trabajo.**

MUJER 1: *Yo la maternidad la verdad es que, la he vivido sobre todo con la primera, la primeriza, lo viví como algo muy especial, muy bonitos, a mí me llegó un instinto maternal muy fuerte, vamos yo lo quería ante todo, ante el trabajo, ante todo, era como que mi mundo giraba en torno a quedarme embarazada y lo logre la verdad es que no tardó nada y muy bien, yo disfruté muchísimo y aunque vamos tenía que sacrificar el no trabajar por criarla, digamos, no me costó, vamos lo llevé muy bien...*

El discurso predominante de las **mujeres con una identidad social moderna**, marca diferencias en su papel en los ámbitos público y privado. Las mujeres modernas sienten también que son las encargadas de las labores del hogar, la maternidad y la crianza, si bien no consideran que sea ello lo que las define como mujeres. Ellas se consideran responsables del ámbito privado pero no con una concepción de la maternidad exclusiva, tanto en su capacidad para participar en el mundo público como en ser autoridad moral en las decisiones del ámbito privado, sino con una concepción de la maternidad tutelada. La esfera privada se representa como dimensión esencial para

contribuir al bienestar social, ellas desempeñan un papel constante e irremplazable que es fundamental para su familia y para la sociedad. El rol de ellas como mujeres en esta esfera, requiere de un apoyo social que lo legitime y las provea de elementos morales e instrumentales para el ejercicio de su responsabilidad. En muchos de los discursos sociales de las mujeres modernas se ha señalado la necesidad de retrasar la maternidad, para poder desempeñar otras tareas vinculadas al ejercicio profesional, en la esfera pública.

La esfera pública para la mujer caracterizada con una identidad social moderna, tiene un papel fundamental para su impulso identitario. La mayoría de estas mujeres están empleadas o se encuentran en búsqueda activa de empleo, en actividades que no tienen por qué estar relacionadas a las tareas del hogar. En el discurso en torno a su participación en la esfera pública, se pone en valor, una revalorización de su papel como pieza clave para la obtención de ingresos económicos para la familia, liberador en su desarrollo personal y reivindicador de una desnaturalización de la esencia femenina. La participación en la esfera pública de manera sustantiva genera la incorporación de características socialmente construidas bajo un paradigma distinto al biológico que ha legitimado históricamente la división sexual del trabajo.

En general, las mujeres modernas perciben su actividad en la esfera pública, como esencial en el desarrollo individual, que define, dignifica, y la empodera tanto o más que su responsabilidad en la esfera privada, a la hora de identificarse como mujer. Las mujeres empleadas, visualizan su profesión tanto en la presentación que hacen de sí mismas en los grupos de discusión y en las entrevistas en profundidad (después de decir su nombre decían su profesión), y también al convertirla en el elemento vertebrador de su discurso.

La mujer moderna tiene un discurso social que pone énfasis en las exigencias y dificultades de estar presente tanto en la esfera pública como privada. En la mayoría de los casos, se manifiesta la imposibilidad de tener tiempo para otras cuestiones más personales, lo que les genera una serie de emociones como inquietud, ansiedad, estrés y ahogo. La dificultad e incluso incompatibilidad para poder estar presentes en las dos esferas, ha llevado a utilizar redes de apoyo familiar o la contratación de servicios prestados

normalmente por otras mujeres (limpieza, cuidado de las personas dependientes del hogar...). De este modo, ellas que se consideran responsables más de hecho que de derecho de la esfera privada, consiguen que las tareas estén listas, sin que deban en estos primeros años de vida de su hija o hijo, renunciar a su vida laboral en la esfera pública.

#### **GD4: Discurso sobre maternidad y la conciliación con el empleo.**

- MUJER 1: *Yo la verdad es que también... más o menos lo mismo, en el sentido de que yo tampoco tenía unas ganas locas de tener niños. Bueno, yo también estaba con mi marido, antes de casarnos, bastante tiempo viviendo juntos. Nosotros nos casamos y al poco tuve al niño, pero ya de convivencia muchos años ya. O sea, para mí es como si estuviéramos casados de antes. Y recuerdo que él quería tener niños y yo no quería todavía liarme en eso, era como... uff, ¿para qué? Si es que tampoco... Pero es verdad una vez que tienes... yo por lo menos, la experiencia que tengo es que una vez que tuve a mi niño es como: "¡Ostras, esto es la leche!" ... Y después, el día a día cambia por completo. Pero a mí más que cambiarme la vida en sí ha sido como un... te cambia tu forma de vida, tu forma de... tu día a día te lo cambia completamente, tus horarios, pero no siento que me haya cambiado la vida de esto: "¡ahora te va a cambiar la vida!" Yo qué sé, yo creo que más o menos un ritmo de salir y de entrar, al principio menos pero ya con cinco mesecitos pues te ves más... más atada. Pero yo qué sé, tú, por ejemplo, a lo mejor que tiene ya 5 o 6 años que sales y vas a todos lados...*

#### **GDr3: Diálogo sobre la maternidad y la conciliación con el empleo.**

- MUJER 1: *Sí, y eso que la segunda es más bicho...[RISAS], pero bueno...la verdad es que lo llevo muy bien. La primera lo llevé muy mal, muy mal lo pasé fatal, pero está bien.*

- MUJER 2: *El primero es que es todo nuevo y todo se supone un mundo, que nos hacemos nosotras mismas muchas veces, porque luego después no es tanto*

- MUJER 1: *No, no es tanto, no. La ventaja de la segunda es que no estoy trabajando, entonces...es otra cosa*

- MUJER 2: *Lo vives de otra manera*

- MUJER 1: *Las desventajas, pues que estás 24 horas con las niñas y también, a veces necesitamos un poco desconectar, y esa desconexión ahora mismo no la tenemos*

- MUJER 3: *Sí, necesitamos el esparcimiento de lo que te da el trabajar*

- MUJER 2: *Sí, porque siempre hemos tenido una actividad fuera de la casa y ahora lo que pasa es que cuando tienes tantas horas en la casa, pues llega un momento en que te saturas*

- MUJER 1: *Sí. Llega un momento en que lo tienes todo hecho, las niñas bien, ¿y ahora qué hago?*

- MUJER 4: *Pues al parque*

- [RISAS Y HABLAN A LA VEZ]

- MUJER 2: *Hace tanto frío que tampoco sales, pero...*



- MUJER 1: *Yo la verdad es que me he puesto a estudiar otra vez, auxiliar de clínica, en fin, intentando buscar otra salida. Y bueno, poco tiempo porque la niña no me deja mucho tiempo de estudiar. Los deberes...*

- MUJER 2: *Si es uno...que llega el día...madre mía, si no he estado con él todo el día...con dos...*

- MUJER 1 *Pero luego hay días que los dejas, te despegas...y estás deseando de llegar y cogerlos, y luego estás en la casa y te tiras de los pelos. [RISAS]*

- MUJER 4: *¿Bueno la grande te ayudará? tiene 8 años*

- MUJER 1: *Lo normal, la grande siempre quiere...ella dice " si yo soy tu preferida..."*

El discurso de **las mujeres con identidad social postmoderna**, señala la existencia del ámbito público y privado, si bien, las fronteras entre estas dos esferas pierden nitidez y su distancia se acorta con respecto a la percepción de las identidades sociales tradicionales y modernas. Una característica común de las mujeres con una identidad social postmoderna es que abogan por la libertad de elección de patrón para desempeñar o no su papel en cada una de las esferas. En la mayoría de los discursos analizados, el modelo expuesto es razonado como flexible y abierto. Este discurso se articula en la defensa de la conquista de nuevos espacios y retorno a otras cuestiones, que en su imaginario colectivo, empodera a la mujer en su capacidad de decidir sin la influencia de las construcciones sociales mayoritarias.

El ámbito privado es concebido como un espacio compartido, que puede fomentar la realización personal, que no debe estar bajo un modelo disciplinario basado en doctrinas externas a la decisión de la mujer estandarizando su papel en esta esfera. Las principales tareas asociadas a la esfera privada son consideradas de naturaleza colectiva por las personas que forman el hogar. Si bien, capítulo aparte merece la concepción de la maternidad, ya que aunque en la mayoría de las labores domésticas se inclinan por una corresponsabilidad, la maternidad es entendida como un espacio privilegiado que por su naturaleza les pertenece a las madres. El discurso de las mujeres postmodernas en ocasiones es bastante complejo y parece contradictorio en su concepción sobre la maternidad. En general, esta paradoja es solventada si se entiende la maternidad como un privilegio que se puede “disfrutar” en la forma y modo que

ellas decidan, como también considerar la posibilidad de renunciar en parte o totalmente, a esta “ventaja” que por su naturaleza poseen.

Con respecto al ámbito público, las mujeres postmodernas consideran que los patrones socialmente aceptados para el desarrollo de su carrera profesional, se basan en consideraciones masculinizadas. Para ellas es fundamental poder ejercer su profesión para su desarrollo como persona, pero para ello, no se tiene porqué adquirir modelos de conducta propios de los que históricamente han tenido el protagonismo en esta esfera, los hombres. La mujer postmoderna considera que el ejercicio de su profesión es compatible con las tareas de la esfera privada al estar compartidas por las personas que conviven en el hogar. Si fuera necesario, se pueden externalizar algunos de los quehaceres domésticos, pero como hemos señalado anteriormente, si se quiere ejercer el privilegio de la maternidad que tiene la mujer por su naturaleza, se pueden utilizar alternativas como la reducción de la jornada laboral o la excedencia por cuidado a su hija o hijo.

#### **EP8: Discurso sobre la conciliación.**

MUJER: ... es que el problema en general es que no se está sensibilizado a nivel social de la importancia que tiene la maternidad para todos. Mi jefa... bueno la empresa no lo entendía y no lo veía con buenos ojos que pidiera la reducción con la que estaba cayendo... Yo sé cómo está percal, pero yo sé lo que quiero y a lo que no estoy dispuesta a renunciar... y sólo estaba pidiendo una reducción de jornada, luego a pedir una excedencia y no sé qué habría pasado... A mi chico, no le pusieron pegos, al contrario ¡vaya padrasto! Eso yo sí que me da coraje, pero vamos que lo he hecho con todas las consecuencias... trabajos hay muchos pero mi hija solo hay una, y no pensamos renunciar a disfrutar de ella...

#### **GD5: Presentación de las mujeres.**

- MUJER 2: Bueno, yo soy [NOMBRE] y tengo 36 años y tengo mi primer hijo hace 8 años, tiene 8 años, eh... bueno, tuve una situación ahí yo estaba, tenía una beca en la universidad, la verdad es que así laboralmente estaba bastante bien, hice un doctorado y tal y bueno, a raíz de ser madre la verdad es que me cambió la vida y bueno, el papa también, nos separamos al poco tiempo de nacer el bebe y nada que me zambullí directamente en la maternidad y aproveché todo el paro que pude, que tenía, de años, de años anteriores y hay acumulables y me tiré como 2 años y medio totalmente volcada en la maternidad y nada, y luego a los 3 años volví a retomar un poco la función social ¿no? más hacía fuera, y bueno hace una formación en biodanza que la hice paralelamente a mi embarazo y mi proceso de maternage y bueno en lo que hago actualmente, doy talleres de biodanza y porque bueno, la verdad que en la biodanza encontré esa manera de compaginar ambas cosas, mi maternidad puesto que era una formación que acababa de empezar un poquito ante de quedar embarazada y la directora de la escuela pues me facilitó totalmente que yo pudiera ir

*allí embarazada, incluso cuando tuve al bebe pues, los meses de, cuando pasaron así la cuarentena y un poquito los 3 primeros meses pues continúe yendo allí. Me facilitó bastante y Ya continúe a eso y es a lo que me dedico que tengo un grupito a la semana porque luego soy ama de casa, tengo otros 2 niños. Me casé a posteriores con otro hombre y con ese hombre tuve a [NOMBRE] que tiene 4 años ahora y tuve a [NOMBRE] que tiene 18 meses*

## 7.2.2 Principios de la maternidad

En los discursos sociales analizados, hemos encontrado esencialmente que la maternidad es entendida en función de tres principios. Principios de la maternidad que aglutinan las ideas que la sociedad ha creado en relación con unas percepciones, imágenes y sentimientos que enfatizan una forma de pensar y de actuar. Principios de la maternidad que son interiorizados por las personas, substancialmente en las mujeres, tanto a nivel individual como de forma colectiva, conformando parte de su universo identitario.

Los principios que se comentan a continuación, presentan una naturaleza y perspectiva que son bastante diferentes y que en la mayoría de los casos predominan en una u otra identidad; si bien en ocasiones un mismo discurso identitario puede sustentarse sobre más de un principio. Los tres principios que hemos recogido, muestran como la maternidad es un espacio ideal para acomodar comportamientos y, en general roles diferentes para la mujer.

### 7.2.2.1 La Maternidad Instintiva

La maternidad es asumida como elemento esencial para identificarse como mujer, tanto en el plano individual como en el plano social. La maternidad se articula alrededor de una representación de una identidad inherente e instintiva para la mujer. De este modo, la mujeres consideran la maternidad como un hecho deseado para su desarrollo y es entendida como una característica vital, una tarea que se desarrolla incluso antes de ser madre y no sólo como una etapa en su vida.

El deseo de ser madre no se puede controlar, un instinto que se refuerza con las imágenes y los discursos que tienen en su entorno inmediato. El

principal problema que detecta este discurso sobre la maternidad, es el retraso no previsto de la misma, más que su ejercicio. Los cuidados posteriores al nacimiento del bebé, la crianza en la niñez y la atención vitalicia a su prole, se consideran como “lo normal” y para ejercerlos solo hay que seguir el instinto que tienen por ser mujeres.

En definitiva, la maternidad es un fin y un medio para visualizarse como mujeres. Ser madres es lo normal, lo esperado y lo deseado para cualquier mujer, a no ser que se produzcan situaciones biológicas que la obstaculicen y son entendidas como una desgracia para cualquier mujer.

#### **GD2: Presentación de las mujeres.**

- MUJER 1: *Bueno, me llamo [NOMBRE]. Tengo 25 años. Tengo un bebé de 4 mes... 5 meses -ya los cumplió-. Eh... ahora mismo no estoy trabajando. Gracias a Dios por ahora no me hace falta. En unos meses a lo mejor sí [RÍE]. Prefiero cuidar de mi niño...*

*...la verdad es que estoy súper bien; muy feliz. Siempre tuve la ilusión de ser madre. Uno no sabe a lo que se enfrenta... En la adolescencia una dice "ay, quiero ser mamá, quiero ser mamá", pero... cuando te toca... Lo buscamos. En realidad lo buscamos. Estuvimos un año y pico buscándolo...*

*...cuánto más lo buscas, peor es. Y... y la verdad que estamos muy contentos con él. Estamos felices, él me ayuda mucho con el niño, no me puedo quejar; por ahora todo muy bien. Y, la verdad, que no me arrepiento de esta experiencia.*

#### **GD2: Diálogo sobre el instinto maternal.**

- MUJER2: *... yo me creía... También estaba todo el mundo "que un niño ahora, que te va a descuadrar todo, que tal, que es muy complicado". Que no es tan complicado.*

- MUJER 1: *Claro.*

- MUJER 2: *A mí, yo qué sé... Yo ya te...*

- MUJER 1: *Y las cosas te salen por instinto.*

- MUJER 2: *Sí, te sale solo.*

- MUJER 1: *Yo a mí, por ejemplo, en mi caso... Mi suegra -yo me lleve muy bien con ella; estupendamente- es buenísima persona y me ayuda muchísimo. Pero cuando yo no té un cambio cuando nació el niño, por ejemplo, era como... Notaba... Mi mamá no porque mi madre es más liberal en ese sentido; ella me aconseja, pero me deja más a mi aire, a que aprenda como siempre me pasó. Siempre que me dé la cabeza contra la pared y, cuando me la dé, es cuando voy a aprender. Y estará ella ahí para cogerme, pero... Pero mi suegra no; mi suegra es "no, el niño no. El niño... no me toques. No, el niño tápalo; abrígallo. No"... y ya llegaba a punto que me enloquecía. Nosotros el primer mes estuvimos con ellos -con mis suegros- y eso fue un poco agobiante, en ese sentido. Entonces la relación no era muy... muy buena como siempre. Pero yo notaba... Los últimos meses de embarazo yo*

decía "¿lo haré bien? ¿Sabré cuándo tengo que darle el biberón, cuándo tengo que darle la teta? ¿Qué tengo que hacer, no, cuando se haga pipí? Si ¿cómo lo cambiaré? ¿Cómo.?" Aun teniendo sobrinos y todo, pero cuando es tuyo es diferente...

- MUJER 3: Siempre tienes esa duda.

- MUJER 1: Y sin embargo con él, pues todo me va saliendo sobre la marcha. Y es como un instinto... Lo mismo cuando le daban bocanadas y estaba durmiendo -de muy pequeñito- yo me despertaba antes de que a él le diera la bocanada y cuando lo miraba ya empezaba. Y digo "pero si no... es que no ha hecho ruido ¿Cómo me he despertado?" Y así con muchas cosas, y... yo qué sé. No sé, es algo muy raro, pero es hermoso [RÍE]; para mí es hermoso.

### 7.2.2.2 La Maternidad Respaldada

La maternidad es razonada tanto en un plano natural (fertilidad, embarazo, parto, lactancia...), como en un plano social que responde a las necesidades y guía la forma de entenderla. Esta maternidad incorpora conscientemente unas normas sociales que pretenden tutelar los quehaceres maternofiliales, y se legitima desde distintos ámbitos de la sociedad. Al amparo del desarrollo científico, la maternidad es reconducida hacia unas doctrinas que permiten a la mujer realizar las tareas que se les presuponen en este ámbito y en el que ellas mismas se consideran principales.

Muchas de las mujeres con un discurso bajo el prisma de la identidad social moderna, reconocen que con los cambios fisiológicos experimentados se ha despertado su instinto maternal. No obstante, es importante señalar que a diferencia de la Maternidad Instintiva, el instinto aparece durante este periodo, con la visualización y vivencia de su nueva situación, y no es la condición que le ha llevado a ser madre. Su discurso se apoya en la idea de que para poder ejercer su maternidad, no sólo basta con el instinto, sino que es estrictamente necesario un aprendizaje de competencias que les dan seguridad y las guían en su desempeño.

La Maternidad Respaldada, se caracteriza por ser legítimamente compatible con el desarrollo profesional de la mujer en el ámbito público. A la maternidad se le reconoce su faceta negativa como obstáculo para el ejercicio profesional de la mujer, pero ello se debe al entorno social y político. El cuidado de las hijas e hijos es entendido para la mujer como una carga o dificultad en el desempeño de sus tareas profesionales por las dificultades que este último

impone a las mujeres. Este obstáculo es más fácil de superar cuando la decisión de ser madre se ha tomado de forma racional y consciente y cuando las mujeres son plenamente conscientes y creen que su estatus de ciudadanas pasa por su participación en la esfera pública en general y en el ámbito laboral en particular.

En definitiva, la maternidad tiene un gran conste para la mujer moderna, ya que reconoce su actividad como compleja, sobrecargada y sacrificada, que conlleva un alto desgaste físico y emocional. La maternidad respaldada supone un reconocimiento del lugar estratégico que ocupa la familia respecto a elementos sociales y económicos para el funcionamiento de nuestras sociedades. Por ello, existe una institucionalización de las prácticas maternas que son adecuadas para la consecución de sus pretensiones como mujer: ser corresponsable del hogar y ejercer como cualquier otra persona una vida pública completa.

#### **EP9: Discurso sobre los servicios para la conciliación de la maternidad.**

MUJER: ... no puedo estar en todos los sitios. Eso es algo que he aprendido en estos últimos años, ya sabes... parece que tenemos que hacer to nosotras en casa, sino no somos buenas madres... que claro, claro que quiero estar con mis dos peques pero tengo... tengo también mis responsabilidades laborales. No todo es la casa... que tengo amigas que prefieren ser unas esclavas de su casa... pudiendo contratar a una chica para que haga las faenas... y ser mamá...ser madre no es eso... La sociedad ha avanzado y ya se nos reconoce nuestro derechos a poder ser personas fuera del hogar... que ya tenemos la facilidad de poder llevar a nuestros hijos a la guardería que sea... desde muy pequeños y los niños no son peores por eso.... Es un lío esto de ser madre pero mucho más si no quiero usar todas las cosas que se me ofrece para... para estar bien...

#### **7.2.2.3 La Maternidad Renovada**

La mayoría de las mujeres postmodernas han sido identificadas con un discurso social que señala que la participación de la mujer en los ámbitos privados y públicos la han colocado en una situación de indefensión en dos aspectos fundamentales: a) una sobrecarga de trabajo: reproductivo y productivo, y b) una deslegitimación para tomar decisiones sobre su maternidad..

La Maternidad Renovada es entendida como una maternidad que vuelve a reconocer el papel legítimo de las mujeres que deciden ejercer la maternidad de una forma libre, que no tiene porqué seguir los estándares impuestos de atención en el embarazo, el parto y puerperio. La maternidad conlleva un cambio esencial en la vida de las mujeres, que tienen que tomar decisiones en todos los ámbitos. El discurso social de la mujer postmoderna señala que hay una norma social, que algunas de ellas consideran típica del modelo patriarcal de nuestra sociedad, que considera la maternidad como obstáculo en el ejercicio de sus actividades laborales de la esfera pública. Esta norma social, hace que las mujeres postmodernas adviertan que se encuentran en una situación de indefensión al ser doblemente estigmatizadas:

- 1) Por un lado la madre que decide renunciar a su empleo para el ejercicio de la maternidad, es etiquetada normalmente como una “madre sacrificada”, ya que deja de lado las actividades que la sitúan como ciudadana y mujer libre.
- 2) En el otro lado, encontramos a la *madre responsable*, que decide seguir con su carrera profesional, apoyándose fundamentalmente en su red familiar (normalmente mujeres), y en los servicios que ofrece la sociedad. Servicios que son considerados conquistas para las mujeres, sintiéndose que son productivas en el plano social y no dejan desatendidas sus responsabilidades como madres.

El discurso social de la maternidad consolidada bajo el principio que hemos llamado Maternidad Renovada, pretende poner en valor la necesidad de redefinir la maternidad y ponerla en un lugar de interés general para toda la sociedad. La maternidad es una oportunidad para la mujer, en la que pueden construir sus relaciones y su proyecto de vida, que no debe basarse en sus capacidades socialmente aceptadas. Este discurso dice romper con todos los mitos que las mujeres han creado y perpetuado de manera tanto personal como también como colectividad, resultando una tarea difícil a la vez que gratificante, al poner en valor un empoderamiento de la mujer basado en una maternidad pensada de forma íntima y como motor de cambio social.



**GD2: Presentación de las mujeres.**

- MUJER 4: Yo soy [NOMBRE], tengo 26 años. Tengo... soy madre de 2 niñas: una de 2 años y medio y otra de 4 meses. Y, nada, soy Animadora Socio-Cultural, pero ahora mismo, pues... estoy encargada de las 2 pequeñas.

**GD2: Diálogo sobre las respaldos de las decisiones en la maternidad.**

- MUJER 3: Claro, pero si tú ves que la niña quiere comer, le tienes que dar.

- MUJER 4: Mi niña es que nació con 4 kilos 600, entonces, claro, lo que quiere es comer.

- MUJER 5: Es que necesita. Es que lo necesita.

- MUJER 4: Es que lo necesita. Entonces. Empecé a echarle la de cereales por la noche... Me dijo el médico "échale 2 o 3 por la noche". Se lo tengo que repartir durante el día...

- MUJER 3: En eso... tengo que ir viendo, porque es que...

- MUJER 4: Exactamente.

- MUJER 5: ... ellos te dicen "esto estimado", pero luego.

- MUJER 4: Eso siempre. Los pediatras te dicen una cosa, pero tú luego la pediatra realmente de los niños eres tú.

- MUJER 3: Que eres la que está todo el día con ellos.

- MUJER 4: Exactamente.

- MUJER 1: Y te das cuenta las necesidades de ellos.

- MUJER 4: Y todo el mundo siempre "siempre lo que diga el pediatra; lo que diga el pediatra". No.

- MUJER 5: No.

### **7.2.3 Emociones entorno a la maternidad**

Un elemento común analizado en las entrevistas en profundidad y en los grupos de discusión que se han realizado, es que la maternidad origina en las mujeres una gran cantidad de emociones. Para la mayoría de las mujeres informantes, la maternidad se asocia generalmente a una serie de emociones positivas y negativas que las hacen sentirse felices, sacrificadas, alegres, estresadas, responsables, conectadas... Si bien han experimentado emociones que ellas no habían advertido y que en ocasiones han podido sobrepasarlas. Estas emociones en ocasiones son compartidas es su terminología por las distintas identidades sociales que guían nuestro trabajo, si bien tienen un



significado en ocasiones diferente. El análisis de los espacios semánticos (Conde, 2009) es fundamental a la hora trabajar con las emociones que verbalizan las mujeres al representar la maternidad desde su contexto.

El discurso de las **mujeres con una identidad social tradicional** entorno a las emociones que han experimentado durante su maternidad, se cimentan alrededor de la idea de su rol como irremplazable. Ellas son las protagonistas legítimas para desempeñar las tareas vinculadas a la maternidad, por lo que generalmente han creado una conciencia identitaria basada en su capacidad, que está subordinada a los atributos que consideran femeninos. Por ello, las mujeres tradicionales asocian la maternidad con la satisfacción de realizar su cometido.

Otro común dentro de esta tipología, es la de sentirse realizadas, fundamentalmente porque las mujeres tradicionales mediante la maternidad alcanza su destino, su propia naturaleza, aquello para lo que se consideran más competentes. Ellas apuntan hacia la importancia de estar presente en los cuidados y nutrición de sus seres queridos, una decisión que le es propia, aunque a veces en su discurso sienten que la maternidad es un sacrificio, pero entendido como una emoción positiva. Para ellas, cuidar a las personas más cercanas es una exigencia esencial en su día a día en su papel de protectora, quedando relegado a un segundo nivel la necesidad de ser cuidada por los demás. Sus parejas, si las tienen, son también responsables de sus quehaceres, pero en la esfera que se espera de ellos como principal sustentador económico, ya que el ámbito privado les pertenece a ellas como “dueñas del hogar”.

Otro aspecto importante en el discurso social de la mujer tradicional es el compromiso como madre que tiene en vigilar y responder a las necesidades que tiene su prole. La maternidad es entendida como un estado constante de alerta, que requiere de la figura de la madre como profesional que sabe responder a estas necesidades ineludibles en el hogar y concretamente en la crianza.

**GDr4: Presentación de las mujeres.**

- MUJER 1: *Yo me llamo [NOMBRE]. Tengo 25 años, 2 niños, uno con año y medio y otro con 2,5 años... Y ya está, dos niños y se acabó. Y no tengo trabajo, soy ama de casa...He trabajado en el campo y he sido monitora infantil en transporte escolar durante 4 años.*

**GDr4: Discurso sobre los sentimientos entorno a la maternidad.**

- MUJER 2: Yo no sé si es la sociedad la que lo ha enfocado así o nosotras.

- MUJER 3: Somos muy protectoras

- MUJER 1: Yo muy acaparadora

- MUJER 4: Ahí está

- MUJER 1: Y no permito que él haga las cosas a su manera, porque a lo mejor está bien hecho. Yo muchas veces lo pienso que si yo faltara ¿el niño va a dejar de comer, va a estar sin bañar, va a estar lleno de porrazos por todos lados? pues seguramente que no, que estaría bien atendido, pero de forma distinta a cómo lo hago yo. Simplemente que me gusta hacerlo a mi manera y pienso que es lo mejor...

**Las mujeres con una identidad social moderna**, articulan su discurso sobre las emociones experimentadas entorno a la maternidad bajo la imagen de ser unas supervivientes. Al igual que en las mujeres tradicionales, las mujeres modernas dicen sentirse “sacrificadas” en el ejercicio de la maternidad, pero atribuyendo a esta emoción un sentido menos positivo. La maternidad es un desgaste para ellas que generalmente atribuyen a dos grandes motivos:

1. Una sobrecarga a nivel privado ya que sus parejas no se corresponsabilizan en las tareas del hogar. Pero incluso cuando prestan “ayuda” (expresión utilizada por parte de las entrevistadas), al no estar preparados ni predispuestos, las mujeres tienen que asumir el trabajo de, por un lado, reeducarlos, enseñarlos o motivarlos y, por otro, estar pendiente de que las tareas en las que ellos las “ayudan” se hagan de forma correcta. Dicha sobrecarga y la responsabilidad de sostener de una forma u otra el trabajo del hogar toma cuerpo en la idea de que su pareja es “como un niño” más en la casa. A diferencia de las mujeres tradicionales, que no concibe el rol de la pareja en el posible ejercicio de la maternidad de ellas, las mujeres modernas

piensan que ellos deben corresponsabilizarse y esto genera emociones negativas en su nuevo contexto.

2. Un alto precio físico y emocional si no quieren sentirse estancadas en el ejercicio de su profesión. Las mujeres consideran que se esfuerzan mucho más que sus compañeros hombres para poder desarrollar su profesión ya que tienen que competir siempre en desventaja, al asumir las muchas responsabilidades del hogar al tiempo que las de un ámbito laboral diseñado por y para hombres. Ellas consideran que en la esfera pública se las “mira con lupa” porque se presupone que por su condición de mujer hay un deseo de estar más tiempo con hijas e hijos, y esto en general se ha visto por las empresas como un problema. Las mujeres que no se ven obligadas a dejar su trabajo productivo, tienen la responsabilidad de buscar alternativas y servicios que sean ajenos al trabajo, para intentar solventar estas desigualdades de género en la esfera pública, y así no mostrar debilidad en su puesto de trabajo.

No obstante hemos encontrado emociones que se pueden considerar positivas en el discurso social de las mujeres modernas. Las mujeres se sienten responsables del ejercicio de la maternidad, tal y como ellas consideran que se entiende en la sociedad actual. Esta concepción de la maternidad, pone de manifiesto que ellas son el nuevo sexo fuerte, que a diferencia de ellos están capacitadas para multitud de tareas. La maternidad en algunos casos no tiene porqué parar su proyección social si bien por lo general supone un alto coste. Ello las lleva a poner en valor el hecho de ser mujeres trabajadoras tanto en el ámbito privado como público.

Por el contrario, las mujeres que han dejado aparcada su actividad profesional para atender las responsabilidades maternas, articulan un discurso sobre la imposibilidad por sus circunstancias socioeconómicas de poder compaginar su vida en la esfera pública y privada en estos momentos. Ellas por lo general esperan poder retomar sus actividades profesionales lo antes posible, sintiendo que ya han cumplido con las responsabilidades que supone la maternidad.

**GDr1: Diálogo sobre los sentimientos entorno a la maternidad.**

- MUJER 3: *Hombre, satisfacerte... en todos los sentidos. Lo que pasa es que después también corta mucho... a la hora de todo. Y yo que creo que soy la más joven... hablo con propiedad.*
- MUJER 1: *Ea. Yo creo que a mí por ejemplo no me cortó nada.*
- MUJER 2: *A mí sí.*
- MUJER 1: *A mí no. [RISAS]*
- MUJER 2: *A mí ha estado a punto de romper un matrimonio y todo... Vamos, y eso es...*
- MUJER 1: *Ea, es que eso ya es... claro... como...*
- MUJER 3: *Es que es depende también del caso.*
- MUJER 2: *Que son mucha tranquilidad lo que yo tenía, por ejemplo. Yo vivía con él muy tranquila y ahora cuando ya está el niño, son... él no quiere responsabilidad ninguna... vamos "responsabilidad"; que no es lo mismo que una madre. Y a una le hierve la sangre de que no se menee para nada, vamos. [RISAS] Él tiene tiempo para todo. ¿Una boda? Se arregla el primero y a él le da igual que tu niño te lo tengas que llevar a la peluquería [RISAS], por ejemplo, y te apañes tú como tú veas. Así de claro.*
- MUJER 1: *Claro. Es que eso es como todo. A mí en eso no me corta nada.*
- MUJER 2: *Sí, pero a mí por ejemplo me han inculcado otra cosa desde chica, que mi padre ha hecho igual que mi madre, y a mí él no hace nada.*
- MUJER 1: *Ea, pues mi caso es el contrario: mi padre no hacía nada y él lo hace todo. [RISAS] ¿Entiendes? Para mí no es problema. [RISAS] En ese sentido no.*
- MUJER 4: *Imponte tú. Cuando te impongas.*
- MUJER 1: *Claro. Es que... a todo hay que enseñarlos.*
- MUJER 2: *Si lo maman desde chico... poco...*
- MUJER 1: *Todo se cambia.*
- MUJER 3: *No hombre. Tampoco te creas. Porque mi padre... vamos, tú sabes cómo era... que los niños eran para mi madre... porque nosotras somos primas.*
- MUJER 1: *Es que yo y ella somos primas. Y su padre el mío... más o menos [RISAS]*
- MUJER 3: *Iguales. Pero ahora, sin embargo... yo qué sé... está con mi niña "yo la visto".*
- MUJER 2: *Sí, sí, sí... Si eso es así. Mi suegro igual. Por ejemplo, te estoy diciendo tiene la actitud que... como mi pareja, y ahora con el nieto son...*
- MUJER 1: *Pero hoy los abuelos son diferentes a los padres.*
- MUJER 2: *Claro, exactamente.*
- MUJER 1: *Así. Yo, por ejemplo, mi marido no es así.*
- MUJER 4: *Pero tú porque te pones...*
- MUJER 1: *Él los baña, los da de comer... Ahora, yo también me pongo "venga, te toca a ti". Y se pone.*

- MUJER 4: *No, claro. Nosotros, desde que nació [NOMBRE] -el mayor- él llega del trabajo y los baña. Él le da la comida...*
- MUJER 1: *Tú le tienes que dar la obligación.*
- MUJER 4: *... y claro él... Así también tiene el contacto con el niño más rato.*
- MUJER 2: *Pues entonces lo estoy haciendo mal. [RISAS]*
- MUJER 1: *Sin chillar, sin enfadarte. Tú le tienes... "Yo no puedo". Te quitas del medio. "No sé". Yo tampoco sabía, y ya está. Lo dejas. Como un niño chico: lo tienes que enseñar.*
- MUJER 2: *Yo no. Yo, por ejemplo, me entendía con mi pareja perfectamente; nos llevábamos súper bien. Pero desde que está el niño la verdad es que todo lo achacamos a él. Todas las pérdidas de paciencia las pagamos el uno con el otro. Yo, por ejemplo, me pasa así con él. Porque... para nosotros a lo mejor es un mundo lo que estamos aguantando, y cuando viene él y te dice algo... "que te como" [RISAS] Vamos, "no me digas esto que"... Yo, por ejemplo, me pasa; que es que no aguanto ni una. Ni una que me diga. Que eso estaremos todas las madres... No soy ni la primera ni la última. Como dice mi marido "tú no eres la única que tienes niños". Y digo "pero para mí me creo que soy la única" [RISAS].*
- MUJER 4: *Te lo tomas muy a pecho.*
- MUJER 1: *No, pero eso es también que... la paciencia...*
- MUJER 2: *Que sí, que viene él de estar trabajando, que hay que entenderlo todo; que está uno harto de trabajar. Pero tampoco que venga con chiquitas. Porque hombre, una también está haciendo... Pero para él nunca es nada. Para él una mujer es: "¿qué estás haciendo? ¿Aguantar al niño?" Que es poco, que es poco... [RISAS]*
- MUJER 1: *Quítate del medio.*
- MUJER 3: *Quítate del medio.*
- MUJER 2: *Yo me iba a trabajar y se lo dejaba a él y que cogiera él el paro. Vamos, así de claro te lo digo. [RISAS]*
- MUJER 4: *No, pues entonces no tengas otro. [RISAS]*
- MUJER 2: *¿Otro? Me preguntó [NOMBRE] "¿no tienes más?" Y digo "no, ni voy a tener más, vamos" [RISAS]. Eso está clarísimo.*

El **discurso social de las mujeres postmodernas** sobre las emociones experimentadas entorno a la maternidad, se fundamenta en la idea de la implicación. La maternidad es vivida como una oportunidad para empoderarse como mujer, persiguiendo conectar como seres humanos, con ellas mismas y con los demás.

- a) En el ámbito de la intimidad, la maternidad se siente como una forma única e individual de conectar con una misma. Un discurso en el que normalmente se hace constar que la maternidad las ha encaminado a

sentir la necesidad de hacer un ejercicio introspección y retrospección, con ideas como: conocerse, quererse, vivirlo, tomar parte, no lo supe antes...

- b) En el ámbito social, las mujeres postmodernas sienten la necesidad de expresar la significación social que ellas atribuyen a la maternidad, conectando bajo esta necesidad con otras personas. Las mujeres hacen esta vinculación por una parte con personas de su propio ámbito como su pareja, la familia..., y con personas fuera de su ámbito familiar que han conocido en este proceso y que posteriormente son integradas, con las que comparte esta forma de entender la maternidad desde su punto de vista no estándar.

Estas emociones y sentimientos de implicación, empoderamiento, conectividad (individual y colectiva) confrontan con otras emociones que parecen paradójicas, como son sentirse amenazadas y juzgadas. La práctica maternal que ellas realizan, consideran que es un choque con la normalizada para la mayoría de las mujeres, instituciones, organismos..., en definitiva a la que se encuentra legitimada socialmente. Esto comporta que en muchas ocasiones estas mujeres se sientan amenazadas y coartadas para ejercer públicamente (espacios, servicios, etc.) su maternidad deseada. Asimismo, manifiestan que se sienten juzgadas por otras y otros a la hora de desempeñar las actividades para la vivencia de su maternidad, tanto en el embarazo, el parto, los cuidados puerperios y el tipo de crianza con sus hijas e hijos. No obstante estas emociones de amenaza y de sentirse juzgadas, las mujeres las integran en su discurso como normales, ya que para ellas son el “precio a pagar” por ejercer una maternidad que consideran libre y autoconstruida.

### **EP3: Discurso sobre emoción de la separación de su hijo para ejercer su profesión.**

MUJER: ... Siempre lo focalizamos en ellos, pero ellos no conocen nada, todo es la primera vez. Si yo mi primera separación que fue con mi madre, fue muy traumática... eso lo sé ahora, no lo supe antes... ehh... yo vivo las separaciones muy mal. Y yo ahora que conozco como fue mi primera separación con mi madre que era lo único que conocía, entiendo por qué siempre cuando yo me he alejado de mi familia, lo he vivido tan mal aunque yo me alejara voluntariamente porque yo quisiera estar viviendo un tiempo fuera... Para mí era un trauma... ahora sé que la raíz de vivir siempre las separaciones tan mal... está en que la primera separación que conocí era traumática. [NOMBRE DEL BEBÉ] no conoce lo que es una separación porque si yo se lo doy suave y como con una normalidad,

*él la vive bien y no tiene porqué vivirla mal. Si yo la vivo ahora nuestra separación como un trauma, se lo transmito... entonces ahí estoy, es decir esto es mío, esta pena es mía y no es de [NOMBRE DEL BEBÉ]. Él está muy bien porque él se queda o con su padre o con mi madre... entonces está cuatro mañanas con su padre y una con su abuela.*

#### **GD1: Presentación de las mujeres.**

- MUJER 1: Yo soy [NOMBRE], vengo de Mairena, tengo 33 y una pequeña de 7 meses, iba a decir 7 años [RISAS]... he corrido mucho, de 7 meses. Soy fotógrafa en paro y nada, ahora mismo busco pero ahora busco pasivamente trabajo, voy a dedicarme unos mesecillos a la pequeña

#### **GD1: Diálogo sobre los sentimientos entorno a la maternidad**

- MUJER 1: Pero yo tengo amigas, más de una, que han tenido cesárea y me han dicho "el siguiente, aunque no sea necesario, cesárea, y me voy a tomar la pastillita y no voy a tomar pecho". A mí me parece perfecto, yo decía, cuando tenía 20 años que el pecho...uuuy, una cosa chupando...yo he escupido para arriba tantas veces que me ha caído tantas veces el escupitajo...me he llevado tantos chascos...porque...? "¿que tú duermes con tu niña...?" Me he comido tantas cosas...que...vamos...yo lo que digo es que te informes, porque gracias a dios tenemos una información que nuestras madres no tenían, y elijas lo que quieras para tú que sea sano para tú y para tu hijo, hazlo, si ves que eso no va a perjudicar ni en su salud emocional ni su física ni a ti tampoco, hazlo, sea lo que sea. Si no lo quieres dar el pecho, hoy en día de fórmula funciona súper bien, pues dale fórmula, si tú crees que es lo mejor hazlo, pero que tú seas la que elija, que no...Tenemos mucha presión, por parte de lo que dices, por parte de profesionales, hay veces que el protocolo...

- MUJER 2: A mí me dijo una cosa la pediatra y yo recapacito y digo...ole yo...me decía "¿estás trabajando y como tú trabajas y estás dando el pecho?" Es que también vivimos en un mundito, tenemos unas leyes...que está complicado

## **7.3 La educación maternal**

El discurso sobre la toma o no de decisiones durante el embarazo, para afrontar el parto y el tiempo posterior, es un elemento esencial que hemos analizado también. En este periodo, donde la mujer es la principal protagonista de la gestación del futuro bebé, se desarrollan una serie de percepciones y conductas que en la mayoría de los casos están relacionadas de forma directa con su apreciación sobre el parto que posteriormente experimentarán.

Desde cada una de las distintas identidades sociales analizadas, durante el embarazo, se articula un discurso hegemónico sobre una etapa de profundos cambios tanto físicos como emocionales, que no pasa desapercibida para



ninguna de ellas, tanto en sus aspectos positivos como negativos. Estos importantes cambios que las mujeres experimentan durante la gestación de su bebé, han generado bastantes investigaciones desde diferentes perspectivas, como la biología, la psicología, etc. No obstante, desde nuestro planteamiento para acercarnos al objeto de investigación, nos interesa la forma en que se ha gestionado este periodo antes de afrontar el parto del bebé. La mayoría de las mujeres informantes hablan de una experiencia única e individual “no hay dos embarazos iguales”, inclusive cuando ya habían pasado por un anterior embarazo. Si bien hemos encontrado un hilo argumental clave a la hora de gestionar este periodo, y es como se concibe la educación maternal durante los nueve meses de embarazo, donde los distintos discursos de las identidades sociales presentan unas características propias.

La mayoría de las **mujeres con una identidad social tradicional**, conciben el embarazo como una etapa donde se visualiza públicamente el rito de paso que les va a llevar a ser madres. En este periodo, consideran esencial que los servicios sanitarios ofrezcan un seguimiento y vigilancia del bebé que está “creciendo en su interior”. Es importante estar alerta para que ningún inconveniente afecte a la salud de su bebé, por lo que cualquier información que se pueda obtener sobre cómo se está desarrollando su embarazo es primordial para vivir este proceso bajo la normalidad. La atención prenatal que las mujeres han señalado como esencial en los servicios sanitarios, es ampliada con la atención y los cuidados que se enmarcan dentro del Proceso Asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio que ofrece la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, de la Junta de Andalucía (2014). Esta atención y cuidados se desarrollan con una serie de actividades pedagógicas que la mayoría de las mujeres conoce como “Educación Maternal”.

En el caso de las mujeres tradicionales, la educación maternal se entiende como algo que desarrolla cada mujer con su círculo más cercano, donde la experiencia de otras mujeres como son sus madres, sus suegras, hermanas, amigas, etc., es la que para ellas sirve realmente como guía orientadora para la preparación al parto y a los cuidados de sus bebés. Si bien, muchas de estas mujeres acuden a las actividades que la institución sanitaria tiene



implementadas, consideran que son unos servicios auxiliares, ya que las principales dudas se plantean y normalmente quedan resueltas en un ámbito de confianza.

**EP1: Discurso sobre los cursos de preparación al parto del sistema sanitario.**

MATRONA: ... y es que hay de todo...no todas las mujeres acuden a los cursos con las mismas ganas y con... con ganas de aprender... y es algo gratuito que no tienen que pagar. La mayoría si te preguntan, y te hacen todas la preguntas para no quedarse con dudas y saben que lo que le estas contando tiene una base, pero no siempre es así... algunas acuden te dicen sí... pero a mi madre me ha dicho que es mejor esto o lo otro... he incluso te preguntan pero les da igual tu respuesta... ellas creen que lo saben.

**GD2: Discurso sobre el apoyo familiar durante el embarazo**

MUJER 6: Se hace más fácil el parto... Mi tía salió a caminar el domingo y el lunes tuvo a la niña. Más yo, sin embargo, el lunes todavía estaba con mi dolorcito. Y fui al médico y estaba en 2 y el médico me mandó para atrás. Me decía que era que apenas estaba comenzando; que cuando sintiera más fuerte los coliquitos pues que fuera. Y yo voy lo he dicho con mi mamá "bueno, mamá, vámonos". Yo me fui, me puse a caminar con mi mamá al centro, a ver almacenes y esas cosas. Y a comprar cosas al bebé. El martes ya eran las cinco de la mañana y ya pues yo sentía las contracciones como que un poco más....

El **discurso generalizado de las mujeres modernas** sobre la educación maternal durante el desarrollo de su parto, insiste en la importancia de conocer toda la información veraz y objetiva que los sistemas sanitarios principalmente ponen a disposición de las embarazadas. La mayoría de las mujeres modernas recurren a las actividades propuestas por el sistema sanitario, que consideran que se basan en evidencias científicas y beneficiosas para ellas y para sus bebés.

En general se valora positivamente asistir a las actividades relacionadas con la educación maternal, ya que guían a través de una serie de recomendaciones para poder superar las incertidumbres que la mayoría de las mujeres modernas tienen durante este proceso. Actividades que ellas consideran indispensables para dar respuesta a cuidados, dudas, cambios fisiológicos, molestias propias del embarazo, consejos sobre hábitos de vida saludables durante este proceso..., y que se dan en un contexto propicio tutelado por los servicios sanitarios, aunque no siempre han tenido la

posibilidad de poder asistir a todas las sesiones ya que en el mayoría de los casos se desarrollan durante el horario de su jornada laboral.

El hecho de que la educación maternal se desarrolle con otras mujeres que se encuentran en su misma situación y que no se conozcan, contribuye a poder escuchar una gran diversidad de expectativas, experiencias y preocupaciones. Todas estas incertidumbres que se verbalizan en las distintas sesiones, son o deberían ser respondidas y encauzadas por una persona especialista en la materia, que dé cuenta en cierta manera del conocimiento experto. Todas estas actividades de la educación maternal, son esenciales ya que se conciben como parte esencial del proceso en el que ellas van adquiriendo unos conocimientos que ayudan a afrontar con mayor autonomía este momento vital.

En el discurso social de las mujeres modernas, habitualmente se resalta una constante presión que durante su embarazo han tenido que “soportar” por las mujeres más cercanas, sobre qué hacer, y cómo gestionar su embarazo, parto y posterior crianza de su bebé. Esta presión de su círculo normalmente familiar, amigas, vecinas que ya han pasado por toda esta experiencia y que se sienten justificadas para aconsejar... en muchos casos hace que se articule un discurso sobre la necesidad de racionalizar este proceso.

Se pone en valor los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos, entendiéndolos como elementos beneficiosos y legítimos para la protección, satisfacción y empoderamiento de ellas durante su embarazo. Las opiniones y actitudes externas que sienten que no han sido construidas bajo los conocimientos actuales, son entendidas como experiencias descontextualizadas con las nuevas posibilidades que existen, y que trata de dar respuesta a las necesidades de las mujeres en la actualidad.

#### **GD1: Discurso sobre los consejos que personas cercanas dan sobre el embarazo.**

*MUJER 3: Yo cuando yo he estado embarazada de mi primer hijo tenía 3 amigas embarazadas a la vez. Amigas, familia un poco medio familia del marido ¿no? yo me apartaba de esas conversaciones yo me cansaba de escuchar lo que tenía que hacer, lo que no tenía que hacer, lo que tienes que comer, lo que no tienes que comer... A ver... “no comas queso para que... o “come jamón que no pasa nada” déjame. Yo mi elección es esta y yo no te digo a ti... pero también lo hago en muchas facetas de mi vida. Yo si me pides consejo yo te lo daré, pero intento no meterme mucho en la vida, y tienes razón, creo que*

*todo el mundo cuando te quedas embarazada es lo que tienes que comer, lo que no, si tienes que ponerte en el epidural, si no, si tienes que darle el pecho, si le tienes que ponerle el chupe, si tienes que llevarle a este colegio, ¡ya!... Ya es como todo un poco... Sí, vamos en mi caso, vamos un poco obligados... Yo a la única persona, pobrecita, que una vez le dije una cosa, que fue a mi suegra, que le dije "no me vuelvas a decir que no le cambie a mi hijo", porque mi hijo 7 meses y engordaba y como el primero es que fue fantástico, es que fue tan fantástico y tan maravilloso que yo decía "que no te vuelvas a meter en mí, no te vuelvas a meter ¿eh?". Pero además... creo que son y son las mujeres no los hombres...*

**GDr4: Discurso sobre los cursos de preparación al parto del sistema sanitario.**

- MUJER 2: *...A mí eso me lo explicaron muchas veces en las clases de preparación al parto, porque yo allí en el hospital fui a todas las clases y me lo dijeron...*
- MUJER 2: *... Es algo que lo entiendo. Me lo explicaron una vez, en la preparación al parto...*

**GDr3: Discurso sobre los cursos de preparación al parto del sistema sanitario.**

- MUJER 4: *Yo con el primero sí, con el segundo no*
- MUJER 2: *Yo, hicimos una charla en el centro de salud, pero poca cosa, sin ejercicios*
- MUJER 4: *Yo sí. Estuve por lo menos 2 meses viniendo todos los lunes, vivía en la Puebla, venía todos los lunes dos meses, todas las tardes hacíamos ejercicios, respiración, charlas*
- MUJER 3 *A nosotros nos lo explicaron, pero muy brevemente*
- MUJER 2: *Además nosotros porque insistimos con las enfermeras. Nos hicieron varias charlas. En una, vino un matró de Baza. En otra estaba la fisioterapeuta que nos dijo ejercicios, de la lactancia, de cuatro cosas así, pero...*
- MUJER 1: *Sí, claro la preparación del parto*
- ...
- MUJER 2: *...yo cuando la vi venir que me iba a organizar ella todo el parto...que bien, porque me da una seguridad increíble. Además te lo explica todo, te da tranquilidad, que bien...*

La mayoría de las **mujeres postmodernas** comparten un discurso sobre necesidad de prepararse durante el embarazo a las nuevas circunstancias presentes y venideras, en un ambiente cercano, de confianza y que respete la diversidad de las experiencias de las mujeres. En este discurso social se señala la Educación Maternal como un proceso individual y activo, en el que tienen que confluír, tanto las actividades prenatales que se le ofrece desde los servicios sanitarios, como sobre todo otros servicios de información y preparación no institucionalizados. La Educación Maternal se considera una

oportunidad de cada mujer para tomar consciencia de su nueva situación y sentirse preparadas para vivir todo este proceso, dentro de las posibilidades existentes en su contexto, de una forma única, soberana y libre. Es un proceso de conocimiento que abarca tanto el embarazo, los cuidados puerperios, como la crianza y que en muchos casos significa repensar los esquemas adquiridos comúnmente como mujer que va a ser madre.

Durante el embarazo es fundamental para las mujeres con una identidad social postmoderna, adquirir unos conocimientos que las capacite para conectar con esta situación transcendental. Una conexión que viven tanto con ellas mismas, como con su bebé, y que sienten como un elemento esencial para estar preparadas para vivir el nacimiento y la crianza que ellas hayan considerado como ideal dentro de las contingencias de su realidad. Es importante conocer todas las posibilidades que ofrecen los programas de Educación Maternal, para ir incorporando todas las herramientas físicas, psicológicas, sociales..., que posibiliten una relación cercana, directa e íntima, con la gestación de su bebé.

Para la mayoría de las mujeres postmodernas es importante que el modelo de educación maternal que cada mujer va construyendo e incorporando para sí, sea un modelo que respete los procesos fisiológicos. En su discurso, se desprende una crítica a lo que ellas consideran el actual imperativo mayoritario sobre la benevolencia de una asistencia prenatal medicalizada, y que lleva a que la toma de decisiones sobre este proceso sea dirigida hacia un modelo estandarizado en el miedo y la poca capacidad que las mujeres tienen de dirigir estas tareas. Este modelo institucionalizado, pone el énfasis en la legitimación social de los beneficios de una Educación Maternal que dé respuesta a las políticas sanitarias intervencionistas que se han impulsado mayoritariamente. Una política en la Educación Maternal que consideran sustenta un papel devaluador de la mujer en este proceso, y no como protagonista legítima y activa para gestionar en libertad las decisiones en este asunto.

Por este motivo, en el discurso de las mujeres postmodernas se establecen dos necesidades en la Educación Maternal:

- a) Repensar las actividades que se desarrollan en los servicios sanitarios, para ofrecer una información más actualizada y amplia sobre técnicas, recursos y alternativas posibles que existen para la preparación al parto. Estas actividades prenatales conviene que se desarrollen en grupo, coordinadas por la matrona, que debe ser una persona preparada con un conocimiento holístico de este proceso, que pongan en común perspectivas psicológicas, fisiológicas, médicas y sociales. La persona que coordina estas actividades relacionadas con la Educación Maternal, debe ser una persona empática con ellas, que ofrezca la posibilidad de adquirir conocimientos y actitudes a la mujer y a su familia, para afrontar este proceso de una forma más “humana”. La matrona tiene un papel fundamental, ya que si se establece una relación de confianza con las futuras mamás, puede aumentar la convicción en la capacidad que tienen las mujeres como protagonistas en las decisiones sobre su embarazo, parto y sus posteriores cuidados, por lo que la decisión final de cómo vivir este proceso no responde a un modelo establecido.
- b) Existen otras actividades ajenas al sistema sanitario que ofrecen también cursos, técnicas y herramientas para la educación durante el embarazo, la lactancia y la crianza. Grupos normalmente formado por mujeres que tienen experiencia no sólo desde el campo sanitario sobre esta temática y que ofrecen alternativas que no tienen por qué ser incompatibles con las actividades propuestas por el sistema sanitario público y/o privado.

#### **GD5: Diálogo sobre los grupos de apoyo en la Educación Maternal.**

- MUJER 2: *...tengo más gente de la que echar mano para ayudar, para cualquier cosa ¿no?, pero sí que es verdad que, que en aquellos momento de ser primeriza, recuerdo como esa sensación, ¿no? de que si yo me fuera a trabajar quien iba, quién iba a cuidar de mi niño ¿no?, tenía esa sensación ahí fuerte y, o sea, yo lo de dejarlo en una guardería, dejarlo en un sitio para seguir trabajando y como un bebe además que, no sé, yo sentía que, siempre he sentido que los quería tener, bueno yo he tenido a mis 3 hijos en casa, en mis procesos de embarazo y maternaje pues han sido pues de mucha conexión,*

- MUJER 3: *Pero que los has tenido en casa que es ¿Qué has dado a luz en casa?*

- MUJER 2: *Sí, sí, yo me busque mis matronas y me leí mis libros*

- MUJER 3: *Ole tú, ¿eh?*

- MUJER 2: *En mi grupo de crianza también eso me ayudó mucho, estar en un grupo de crianza por ejemplo, claro es que ahora mismo vivimos en una sociedad en la que mama vive en su saca o con su familia y tal y creo que falta bastante lo que es la tribu, el grupo que apoya, entonces invito a las mamás también a moverse un poco en su grupo de crianza, en su grupo de apoyo, ¿no? que se vaya generando en la sociedad que vayan apoyando esas maternidad porque si no te quedas con lo que te dice tu madre*

- MUJER 3: *Con lo que aprendes tú sola a base de*

- MUJER 2: *Claro*

- MUJER 3: *De, de darte de bruceas con las cosas, aprendes sola. Lo que tú dices de los grupos si está muy bien además yo conozco por ejemplo ... que imagino que son uno de los grupos a los que te estás refiriendo, y sí que es verdad que a mí, por ejemplo, en especial me han ayudado por lo que te he comentado antes, yo a mi hija no le di el pecho pero por agentes externos, presión del familia, estrés, de mi pareja vivía en un pueblo y tenía que ir yendo y viniendo y para mí encontrar a ... y al grupo de las mamás para mí ha sido algo muy importante en ese sentido del apoyo que tú ves en otras madres, de que te cuentan sus experiencias. Si no yo creo que a mi niño yo le hubiera dado el pecho a lo mejor igual que a la otra casi y llevamos ya 18 meses y sin pensamiento de dejarlo, eso no, no hay pensamiento.*

#### **EP2: Discurso sobre el grupo de apoyo donde participa como guía.**

FILÓSOFA: *... nuestra equipo se inició hace mucho tiempo, una ginecóloga que fue ampliando al equipo, para tener un espacio de reflexión, de investigación, de sensibilización y de acompañamiento a... las parejas... porque la preparación para el parto se plantea como una preparación al parto en pareja, no sólo es algo que se deba responsabilizar la mujer. Ofrecemos una reflexión del papel del varón en toda la atención perinatal, tenemos todo tipo de varones...*

*... mi compañera la ginecóloga, tuvo una inquietud. Ella empezó a atender partos en casa porque aunque ella llevaba los de su familia más cercana... pero empezó a atender gente en la clínica que le demandaba tener su parto en casa... Y bueno, en la provincia de Alicante estaba ella y otra empresa que ofrecía estos servicios de un parto natural, respetado y humanizado que atendía partos fuera del ámbito hospitalario o de acompañamiento dentro de los hospitales...*

## **7.4 El Sistema Sanitario Obstétrico**

Como hemos podido observar en el capítulo V, según datos del INE para el año 2013, prácticamente la totalidad de los partos en Andalucía (99,6%) se desarrollaban siendo asistidos por personal sanitario en centros hospitalarios. El tipo de atención al parto que existe en Andalucía, al igual que en el resto de España, responde a un modelo intervencionista institucionalizado, que es atendido principalmente por profesionales especializados de la sanidad, principalmente de la medicina y de la enfermería, al igual que sucede en algunos países de nuestro entorno europeo, como son Francia, Irlanda, Bélgica



(Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Es un modelo asistencial de parto biomédico que pretende dar un servicio sanitario en el que se priorice los criterios de seguridad de gestantes y de bebés. Bajo esta premisa, se ha puesto en valor los beneficios de los avances tecnológicos que permiten la medicalización sobre el control rutinario de los embarazos, un protocolo de actuación en la mayoría de los partos y los posteriores cuidados puerperios.

No obstante, en los últimos años, existe un discurso cada vez más generalizado, desde la administración, alguno de los gremios de profesionales sanitarios, distintas asociaciones..., que insiste en la necesidad de repensar el modelo convencional establecido para los partos hospitalarios (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Una renovación del modelo de atención al parto hospitalario principalmente con dos objetivos:

- a) Eliminar una serie prácticas que se realizan *per se* y que no siempre son necesarias durante el parto.
- b) Incorporar otras prácticas alternativas a las ya conocidas, que se basen en las nuevas evidencias científicas presentes.

Actualmente nos encontramos en pleno proceso de cambio del modelo hegemónico del parto hospitalario, que posibilita unas prácticas de atención sanitaria hacia un parto fisiológico con la menor intervención posible, siempre que se mantengan los niveles de seguridad que se han alcanzado. Todo esto supone el intento de cambio de paradigma, donde el parto es reconocido como un hecho singular y que no tiene que obedecer a una intervención estandarizada, que tradicionalmente lo equiparaba a otras patologías que necesitan una hospitalización e intervención.

A nivel institucional, desde la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía con el “Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal” (2008), se ha apostado por la necesidad de desarrollar una atención al proceso de nacer más humano con la participación activa de las mujeres gestantes. Si bien, en los discursos analizados para cada una de las identidades sociales de las mujeres, encontramos discrepancias sobre las opiniones de las prácticas que han recibido en el sistema hospitalario para la atención de su parto. Del mismo

modo, las matronas entrevistadas han manifestado discursos diferenciados, principalmente sobre la pretensión institucional en materia perinatal y las prácticas que se ejercen en general con las mujeres gestantes en el sistema sanitario.

**Las mujeres con una identidad social tradicional**, generalmente articulan un discurso de desconfianza con el sistema sanitario que ha atendido su parto, que en muchos casos se debe más a la influencia de su entorno próximo, que a una evaluación o posicionamiento propio. Normalmente, ellas ponen en cuestión, algunas de las prácticas que se han llevado a cabo en su alumbramiento, esencialmente por desentonar con las prácticas de las personas que ya superaron uno y que son de su círculo de confianza, quienes les advierten de las situaciones que experimentarán en sus partos. Estas experiencias de sus personas más cercanas, son calificadas como conocimientos legítimos que tienen realmente validez y que encajan perfectamente con sus discursos. Son verdades, no contrastadas científicamente, pero que las pone en preaviso de las situaciones que van a ir superando y que les da una seguridad como protagonistas de sus acciones en el parto.

La mayoría de las mujeres tradicionales señalan que gran parte del personal del sistema sanitario que estaba presente en su parto, pone permanentemente en cuestión el papel que tienen ellas como verdaderas protagonistas en este proceso. Algunas de las prácticas sanitarias estandarizadas que ellas consideran irrelevantes y que se han legitimado con la universalización de esta atención llevada a cabo por el personal sanitario; son descritas como coercitivas o aleatorias, ya que no son adecuadas a la capacidad que cada mujer tiene individualmente en el ejercicio de poder gestionar sus tiempos y su saber hacer en el parto.

No obstante, en algunos casos se hace una valoración positiva de su experiencia durante el parto en el hospital, que generalmente está vinculada a que se den una serie de características del personal que las acompañó. Las mujeres con una identidad social tradicional, argumentan que las buenas



prácticas del personal sanitario se producen cuando han respetado el poder de decisión y de acción que tienen ellas en el transcurso de su parto.

Un elemento común en el discurso social de las mujeres tradicionales, es que en la mayoría de los casos no han manifestado sus quejas al personal sanitario responsable de las prácticas que se estaban produciendo y que ellas consideran dañinas para su proceso de parto. Sin embargo, una vez superada esta situación de indefensión, la mayoría de las mujeres tradicionales articulan un discurso crítico acerca de las situaciones vividas durante su parto en el sistema sanitario. Generalmente se tiene una consideración de desigualdad y subordinación en la relación de ellas como mujeres protagonistas del parto y el personal sanitario que las atiende en los hospitales. Que una mujer haya tenido una buena o mala experiencia en su parto es una cuestión arbitraria, que tiene una relación directa con las características particulares del personal que la haya atendido, es decir con “la suerte” de dar con un personal con actitudes más cercanas a ellas y no tanto en el ejercicio de su aptitud profesional.

### **GD3: Conversación sobre el personal que atendió su parto.**

- MUJER 5: *Que te den ánimos y que te digan yo como era el primer niño y la matrona era una bajita, no sé, que es muy famosa aquí...*

- MUJER 4: *Puff*

- MUJER 2: *¿Era buena o mala?*

- MUJER 5: *Malísima*

- MUJER 2: *¿Muy chiquitita, muy chiquitita, negro, de metro y medio?*

- MUJER 5: *Muy enterada y pasaba ya 7 horas y miraba y yo “uf, ponme algo que yo estoy dolorida perdida, yo esto, esto son contracciones. Yo voy a tener la”, “tú, tú estás muy verde, tú no sabes ni lo que tú estás hablando” que yo no sé de lo que estoy hablando*

- MUJER 6: *Anda hija que, vaya tarde, si es que te pones peor*

- MUJER 5: *Tú, ¿tú que te crees que eso está bien?*

- MUJER 2: *Esa descripción que me has dado me suena a mí a la primera, al primer parto que yo tuve*

- MUJER 4: *A mí también. Pues vaya, que tacto tiene*

- MUJER 5: *Con la cara descompuesta y no quería hablar con nadie, se fue para la camilla a mirarme fijamente y me dice “¿qué te pasa?” y digo “qué ¿qué me pasa? Que estoy comida de dolores ¿qué me va a pasar?”, “¿eso para ti son dolores? Pues no te queda nada”*

- MUJER 4: *Mal*
- MUJER 5: *Y se iba y me dejaba a mí toda y se iba diciendo*
- MUJER 2: *Y se iba, Esa me recuerda a mí*
- MUJER 5: *Y tú ves esas cosas durante un día y pico y tú dices “que se vaya ya, que quiero que lo cambien”. Niña, me vino esa muchacha la matrona, digo “qué mala suerte que no me haya tocado desde primera hora”, aunque me hubieran hecho cesárea, pero nada más que con el trato*
- MUJER 4: *Sí, es verdad. Y con esa cercanía que hay*
- MUJER 5: *Y que yo la veía desde la otra habitación pintándose, que si haciendo croché, pasando totalmente de mí*
- MUJER 4: *Es que ya te digo lo que yo me encontré el día recién paría yo, “hay tita” mi tía Ella se quedó conmigo y yo “hay tita que dicen que se han llevado a una niña por ahí”, yo ya con mi paranoia, digo “que mi niña no se la lleven” y yo me levanto por la noche...y voy a de esto de enfermería y ¿qué me encuentro que están haciendo las enfermeras, tía? Viendo cosas guarras en el ordenador, anda hija [RISAS] y yo digo “pero, ¿esto puede ser? Ya meada de risa y yo “tita, ¿por qué se ríen esta gente? Y es que están viendo cositas”, vamos*
- MUJER 5: *Que yo me parece a mí de que esas personas van a echar el turno, el rato y a querer irse rápido y a decir cómo*
- MUJER 6: *Pero entonces esa gente para qué estudia eso*
- MUJER 7: *Eso es lo que digo yo, eso es lo que digo yo*
- MUJER 6: *Es que te tiene que gustar ¿no? claro*
- MUJER 5: *Y yo te lo digo, cuando venga el otro equipo “yo me voy ya, he echado mis 36 horas y ya no vengo hasta”, libran 1 semana o 2 por haber echado ese turno tan largo. Digo, “Anda” ¿eh?*
- MUJER 4: *Es gente a la que no le gusta en verdad, hacer su trabajo y...*
- MUJER 6: *Yo que sé, una cosa que yo he estudiado para mí no es ir a trabajar, para mí es como si fuera un hobby, yo voy a mi trabajo contenta. Cuando lo tenga de lo mío, vamos, cuando lo tenga de lo mío*
- CRISTINA: *Antes de parir, en monitores, me tocó un matrn que parece bueno y parece más bueno, se llama Fernando, uno así con los ojos azules. Sí, es mayor así. Bueno, llegamos al [01:09:35 NO SE ENTIENDE] y dice “desvístete que te veamos el chocho no sé qué”, yo me quedé muerta*
- MUJER 4: *¿Qué te veamos el chocho? [RISAS]*
- MUJER 8: *Una forma de hablarme, a mí porque yo soy así que más o menos me da igual, pero pillan a alguien más mayor o más seria y lo que sea*
- MUJER 4: *Este viene aquí a ver los chochos*
- MUJER 8: *De todas maneras, dije “qué por favor no me toque el día que vaya a parir este hombre, vamos”*

El discurso que tienen las **mujeres con una identidad social moderna**, sobre el sistema sanitario obstétrico, generalmente se basa en la confianza, ya que el parto se considera un evento que lleva asociado una serie de posibles riesgos para ellas y para sus bebés, por lo que es necesario control experto del mismo. Desde su punto de vista, el sistema sanitario aunque es mejorable, ha conseguido proteger de estos riesgos y complicaciones que se producen en los partos, a través del conocimiento científico, los avances tecnológicos y una actuación normalizada del profesional sanitario. La mujer moderna reconoce que la atención al parto se tiene que desarrollar bajo los criterios de seguridad. Por consiguiente, es esencial el uso de las posibilidades científico-sanitarias que los sistemas actuales ofrecen. Prácticas y comportamientos como son los seguimientos durante el embarazo para conocer el desarrollo normalizado del feto, unos controles sanitarios del estado de salud de ellas y la incuestionable convicción de que la intervención experta es condición *sine qua non* para que el proceso de su parto sea adecuado y llegue a buen fin.

Las mujeres modernas consideran que el sistema sanitario actual es el ámbito adecuado para llevar a cabo su parto, ya que se basa en la racionalidad científica. El grupo de profesionales de los servicios hospitalarios son considerados como expertos si bien podemos encontrar prácticas obstétricas del sistema sanitario que el discurso social de las mujeres modernas considera como insatisfactorias o poco adecuadas al avance del conocimiento actual. Normalmente, las principales críticas en la atención al parto hospitalario se refieren a inconvenientes estructurales para que el proceso llegue a buen término sin grandes inconvenientes para ellas como usuarias del sistema y/o a procesos que no se adecuan a las posibilidades reales que les tendría que ofrecer el sistema.

#### **GD1: Diálogo sobre entre los discursos modernos y postmodernos sobre el sistema sanitario y personal obstétrico**

- MUJER 2: *Si el día del parto, te voy a decir una cosa... te voy a romper la bolsa, que me digan te voy a romper la bolsa y yo digo no. En otro tipo de intervenciones en cualquier hospital, en cualquier otro tipo de intervenciones. Mira, yo la semana pasada operaron a mi padre y tú ves el trato que hay con los pacientes, si has ido varias veces a un hospital y al fin al cabo dice, bueno, tú no has parido en Seguridad Social, pero en Seguridad Social ahora mismo está bastante mal y después, pues, "uff", bueno... se manejan como pueden y*

*que, en fin, que hay experiencias porque también se suele juntar le hospital a unos le fue mal, a otros les fue bien*

- MUJER 3: *Hombre claro*

- MUJER 2: *Yo necesitaba como persona y como hija decir...Hombre, hubo cosas que no me gustaron, yo de todo lo que pensé fue todo al contrario, la verdad, pero mira, salió tan bien que digo "mira, a lo mejor una persona que está viendo 10 partos al día sabe más que yo" es que ¿por qué tengo que pensar yo que yo sé más porque me he leído 4 libros? Yo, lo siento ser tan crítica, pero, nos metemos, vamos yo personalmente tenía más miedo por todo lo que había escuchado, por todo lo que había y después decía "pero qué tontería, si yo estoy hablando si es que yo no estoy hablando tampoco con gente que lo sepa todo", es que son, son experiencias*

- MUJER 3: *Yo estoy totalmente de acuerdo contigo*

- MUJER 2: *Son cosas puntuales y un profesional que está ahí tiene una responsabilidad, o sea, me refiero, que no es gente que lo quiere hacer mal, ni son malas las matronas, ni son malos los ginecólogos. Yo iba, yo iba a parir así "¡que no entre ningún ginecólogo, que no!"*

- MUJER 3: *Claro. Porque si entra un ginecólogo es malo, ¿no?*

- MUJER 2: *A mí me ha visto un ginecólogo. Qué tontería, digo, digo ¿por qué tengo que ir con ese pensamiento y con ese miedo... completamente gratuito?*

- MUJER 1: *Sí pero por ejemplo tú dijiste "no yo quiero ventosa, prefiero", sí, pero eso no es alternativo. Eso es porque conozco casos de niños con retraso mental debido a eso*

- MUJER 3: *Claro, pero no por...*

- MUJER 1: *Pero todas hemos tenido experiencias, bajo tus creencias, eso está claro. Tú buscas siempre el apoyo de tus creencias y tu valores para hacer algo, entonces tú*

[CONVERSACIONES SOLAPADAS]

- MUJER 2: *Pero no se puede pensar que todos los ginecólogos son malos, ¿sabes? Ni que todas las situaciones son buenísimas, si es que...*

- MUJER 3: *Está claro*

- MUJER 4: *Eso no tiene absolutamente nada que ver*

- MUJER 1: *Yo sí que he percibido eso*

- MUJER 2: *Pero sí que es verdad que hay todavía cosas que están muy obsoletas en el tema de la maternidad*

- MUJER 1: *Por supuesto*

- MUJER 4: *Mí, mí, la mujer de mi primo ha parido en Valencia y hay un par, hay una sala para parto natural, si llegas a ver la sala, te mueres*

- MUJER 2: *No, no, si por ahí*

- MUJER 4: *Tienen opciones, no es que sean mejores o peores, sino que tú ya sabes*

[CONVERSACIONES SOLAPADAS]

- MUJER 4: *Bajo mi experiencia que hay otras posibilidades*

- MUJER 3: *Pero tú sabes que las cosas son de otra manera. Pero la Seguridad Social y en el Virgen del Rocío, o sea, la Seguridad Social cuando tú vas a la matrona y vas a los*

*cursillos de maternidad, te dan una cartilla dónde tú dices cómo quieres parir. ¿Sabes que en el Virgen del Rocío puedes tener un parto natural?*

- MUJER 4: *Sí, sí, sí*

- MUJER 3: *Sin tenerlo que pagar*

- MUJER 4: *Claro, pero vamos a ver, en Madrid*

- MUJER 3: *Digo que no es Valencia, que en Sevilla lo puedes hacer*

- MUJER 4: *No, pero no es igual, o sea. En Madrid hay piscinas para que tú dilates, en partos preparados para sí*

- MUJER 3: *Vale, vale, sí, sí*

[CONVERSACIÓN SOLAPADA]

- MUJER 5: *A ver, yo parí en Madrid [RISAS]*

[RISAS]

- MUJER 5: *Y no, a ver, y no todos los hospitales son así bien equipados*

- MUJER 3: *Claro*

Desde el discurso social que se produce en las **mujeres con una identidad postmoderna**, existe el convencimiento de que el sistema sanitario obstétrico no es el único que posee un conocimiento adecuado para la atención al parto. Por un lado, del discurso de las mujeres postmodernas se desprende una insubordinación a un sistema que consideran ajeno a sus propios intereses. Se ha generado un mandato aceptado del papel que tiene el colectivo sanitario y, especialmente, el médico. El colectivo médico es considerado como el único legitimado en la deliberación y acción en la tutela del proceso en el parto. Por otro lado, además de esta concepción del sistema como opresor a los intereses de las futuras mamás, las mujeres postmodernas creen que la atención del parto sanitario se encuentra desactualizado, principalmente por dos razones:

- a) Es un sistema obstétrico que no es sensible a muchas de las demandas de las mujeres que son atendidas y que tienen una concepción distinta a la práctica imperante de los partos hospitalarios. No obstante, muchas de estas mujeres reconocen que el sistema sanitario obstétrico ha cambiado en los últimos años, si bien señalan que estas modificaciones son parciales para sus intereses y por supuesto no son inmediatas.

- b) Es un sistema bastante hermético a otras alternativas que modifiquen o simplemente acompañen las actuaciones protocolizadas médicas e intervencionistas en la atención en los partos de los servicios sanitarios. Si bien, las mujeres postmodernas ponen en valor cómo desde algunos colectivos profesionales sanitarios (principalmente las matronas) se está luchando, para que el sistema sanitario en la atención al parto abra las posibilidades a técnicas y procedimientos menos medicalizados y más respetuosos con los tiempos necesarios de las protagonistas del parto: las mamás y sus bebés.

La mayoría de las mujeres con una identidad social postmoderna se considera con formación y competencia suficiente, por si mismas, para poder tomar la mayor parte de decisiones sobre el desarrollo de su parto. El sistema sanitario obstétrico actual no es considerado como el mejor aval para dejar a la mujer tomar sus propias decisiones, ya que en su contexto se producen intervenciones médicas innecesarias y un exceso de medicalización en el proceso. Estas prácticas que consideran generalizadas del sistema sanitario obstétrico conllevan una serie de consecuencias negativas, que producen unas secuelas tanto físicas, como sobretodo emocionales, en ellas y en sus bebés.

No obstante, como anteriormente se ha señalado, en el discurso de las mujeres postmodernas también encontramos un optimismo por el intento de cambio de paradigma sanitario, no tanto transferido desde la gestión política sino que se está desplegando desde algunos colectivos profesionales. Algunas mujeres postmodernas tienen una opinión positiva, ya que perciben que cada vez existen más profesionales sanitarios en su forma de proceder (llevan a cabo unas prácticas centradas en sus demandas para la atención de los partos en un contexto sanitario obstétrico muy distinto). Un intento desde profesionales del propio sistema sanitario por modificar en un futuro la atención al parto que los sistemas hospitalarios generalmente ejercen de forma sistemática. Dos de las matronas entrevistadas señalan, que aunque a nivel político se han recogido una serie de intenciones más humanizadas en la atención de los partos en Andalucía, en las últimas dos décadas, las prácticas hospitalarias cotidianas se alejan de los compromisos institucionales,



perpetuando un sistema aislado de las intenciones políticas y de las demandas de parte de la población atendida. En los últimos años ha ido creciendo el movimiento de colectivos sanitarios y no sanitarios que articulan un discurso abierto (a través de seminarios, congresos, publicaciones de libre divulgación...), sobre la necesidad de cambiar las prácticas sanitarias en lo que concierne a la atención al parto. Una declaración hacia la defensa de una atención sanitaria integral que no tiene por qué desarrollarse en los contextos hospitalarios actuales, lo cual converge en cierta medida con el discurso social de las mujeres postmodernas. Una gestión sanitaria del parto que, no obstante, se cerciore de que el proceso se hace con unas garantías de seguridad sanitarias, pero que, en palabras de las mujeres postmodernas, no sirva de justificación para ejercer unas prácticas obcecadas a los crecientes intereses de las mujeres para regentar su parto de manera singular.

#### **GD4: Diálogo sobre las prácticas del sistema sanitario y el personal obstétrico.**

- MUJER 1: *Pero es curioso la experiencia de cada una, porque lo que has contado... En tu experiencia cuando te cortaron, es la misma que me cuenta mi madre cuando me tuvo a mí: que nació de nalgas y con el brazo... la cara apoyada en la mano, y hicieron lo mismo; "ras" y le cortaron entera. O sea, y tengo 37 años y no....*

- MUJER 2: *Y el ruido; el ruido de cómo cortan la carne... uy...*

- MUJER 3: *Depende de quién te toque. Si es que... Ir a parir es una lotería, sí. Porque hay matrones que están en la filosofía de procurar más el parto natural, de dejarte más el cuerpo esperar; y hay matrones... Yo tengo compañeras que han parido en plan "ah, que es el segundo. Pues te vamos a poner la oxitocina para que vaya rapidito que es que hoy tenemos mucha gente y hay muy poco personal". "¿Cómo? ¿Perdona?"*

- MUJER 5: *O programar un parto. "Ya directamente para tal día te vamos a hacer"...*

- MUJER 4: *Claro, a mí me lo provocaron así. Yo fui... ahora el siguiente no me pasa lo mismo. O sea, yo ya me he informado que tú te puedes negar a que... [RÍE] bajo tu responsabilidad. Pero si yo todo está bien -a mí me reconocen, todo está bien, la bolsa la tengo bien, el bebé está bien y yo estoy bien- a mí no me provocan más un parto.*

- MUJER 5: *Claro.*

- MUJER 4: *Porque es que yo veo que es que, es eso: es que va en contra de la naturaleza. O sea, si a ti te dejan que tú... Vale, que puede ser más complicado, que habrá que ...más... Lo que sea, ¿sabes? Hay personas que es una hora, hay personas que suben 10 horas; pero que te dejen que tu cuerpo lo haga cuando tenga que ser.*

- MUJER 6: *A mí me dijo un matrón que es que lo que hacen, que hubo... que estaban haciendo como una especie de estudio y entonces había como unos matrones que... por un lado cortaban siempre y otros que decidían no cortar. Y entonces para ver...*

- MUJER 2: *Pero también hay muchos desgarros, también. Yo tengo una colega que está desgarrada porque no le quisieron cortar, y tiene 40 puntos por fuera y no sé cuántos... 50 y pico por dentro.*
- MUJER 6: *Sí, pero a mí me dijo el matróon que tampoco es necesario que... En el 80% de los casos no es necesario.*
- MUJER 2: *Si se te queda un puntico, mira, un puntico antes que 40, ¿sabes?*
- MUJER 4: *Mira, porque no es lo mismo... Eso... Es que luego es quien te toque; que no es lo mismo una persona que sea...*
- MUJER 2: *Y depende del bebé; como venga tu bebé. Te sale un cebollo...*
- MUJER 4: *... que corte lo necesario, o meter la tijera y decir, o sea "me quito de complicaciones".*
- MUJER 5: *Es que es depende de con quien des. Es como cuando te tocan las revisiones ginecológicas durante el embarazo; vas rezando a ver quién te toca. "Uy, por Dios, que no me toque este". "¿Este?" que te hace no sé cuántos y te dice no sé qué. "¿Este?" Que te manda ya para arriba y te di... Es que es...*
- MUJER 3: *... al final es la condición humana.*
- MUJER 1: *Sí.*
- MUJER 4: *Como en todo. Y en estos casos, pues...*
- MUJER 1: *Yo, por ejemplo, fueron 2 cesáreas, pero en el primero me comí todos los libros que había del pediatra este tan famoso...*
- MUJER 3: *De Carlos Gonzalo. [RISAS]*
- MUJER 1: *Un día tenía un Máster en Lactancia, otro en Parto y cuando llegué y me dijeron "no, no. Es que viene de nalgas. Y yo venga a dar la vuelta, a hacer deporte tal. Esto no va. Habían... quemar un puro; que te puedes poner un puro en la mano y del humo... Así era una técnica. Eso era en Las Palmas de Gran Canaria, pero es que aquí se está haciendo igual. Y era una técnica que quemabas un puro...y te quemaba... eso hacía que te... que te pusieras ahí de patas abiertas para que el niño pues el dolor hacía que se diera la vuelta.*
- MUJER 3: *En Barcelona se está trabajando en parir natural de nalgas, eh. En Barcelona llevan ya un año...*
- MUJER 1: *Sí, pero yo lo pensé. Digo, "¿qué hago?" En mi vida la niña es lo más importante y, si quiero ser madre, que el niño tenga una madre el resto de su vida decente, ¿no? Que no tenga... Los niños para esto son muy psicológicos; yo qué sé. Luego también... Yo tenía ganas, pero si no puedo tenerlo pues nada, pues cesárea. Me hicieron la cesárea y a la semana me tuvieron que abrir toda la cesárea, porque se me infectó. Bueno, pasé... bueno, lo pasé fatal. Pero bueno, ya pasó y el segundo -el segundo embarazo- otra cesárea. Y cuando me dijeron que tenía que ser cesárea yo llorando: "no puede ser. ¿Esto por qué?" Claro ya el temor de que ya se me infectara aquello otra vez...*



## 7.5 El Dolor de Parto

Como hemos descrito en capítulos anteriores, el dolor es un hecho social afectado por los significados, representaciones y pensamientos, que las personas de forma individual y la sociedad en su conjunto proporciona a éste. El dolor que se produce en el parto, no está exento de significados, representaciones y pensamientos que tanto las mujeres que abordan el proceso de su parto proporcionan a este hecho social, como también la propia sociedad. Todas las mujeres, independientemente de su identidad social, señalan que el dolor en el parto es bastante intenso, pero el sentido del dolor y su interpretación es clave para aproximarnos a la identidad social a la que especialmente se asocian.

**Las mujeres con una identidad social tradicional** modulan un discurso sobre la utilidad del dolor. El dolor es una categoría social ineludible para el ejercicio de una maternidad incondicional y que en el proceso del parto es justificada para ser reconocidas como protagonistas capacitadas para una actuación correcta en este proceso vital para ellas. Aunque la experiencia en el parto es descrita como muy intensa y dolorosa a nivel físico y mental, está concebida como una situación que debe ser pasada necesariamente y a la que hay que enfrentarse con naturalidad.

Las mujeres tradicionales articulan un discurso sobre el reconocimiento que ellas hacen en su actitud para abordar dicho dolor, una información muy apreciable de la importancia que le otorgan a la vivencia del parto en su condición de ser madres, influenciada especialmente por la realidad social en la que se circunscriben. La realidad social de la mayoría de las mujeres tradicionales acostumbra a normalizar el parto, concibiéndola como una situación natural y biológica.

Las mujeres tradicionales deben dominar la situación enfrentándose al dolor de una manera decidida, ya que el dolor las legitima para sentirse mujeres valoradas, tanto por ellas mismas como en el reconocimiento de las personas de su círculo más cercano. El dolor se considera como un estado originario de

la condición de ser madre, por lo que superar el propio dolor del parto ya es evidencia de que se está preparada para el ejercicio de la maternidad. Los discursos sociales de las mujeres tradicionales analizadas, hacen hincapié en la fortaleza con la que soportaron el dolor en el parto, tanto en la fase de dilatación, expulsión y alumbramiento, que las hacen ser consecuentes con lo que ellas creen que comporta el ejercicio de la maternidad real. Un discurso en el que se desprende un sentido heroico, que la mujer tiene que vivir durante el parto garante de su condición de madre.

Para las mujeres tradicionales, cualquier instrumento o técnica que requiera una medicalización e insensibilización que impida vivir el proceso de parto, es considerado como un obstáculo para desempeñar sus capacidades como mujer competente y futura madre. Si bien, durante el parto se pueden dar situaciones en las que, por las circunstancias para garantizar la seguridad del bebé e incluso de ellas, sea preciso medicalizar el parto, más de lo que ellas hubiesen querido. Esto no supone para ellas estar deslegitimadas para el ejercicio de la maternidad, sino más bien es considerado como un obstáculo para demostrar su capacidad para soportar el dolor de parto que se considera prácticamente como una “habilitación de buena madre”.

Por el contrario, las mujeres tradicionales que han podido resistir su parto vaginal sin ningún tipo de anestesia que alivie el dolor y que han estado capacitadas para dirigir el transcurso de su parto, suscitan un discurso emocional y moralizador en el que se ponen énfasis en el buen ejercicio de su condición de madre. Un ejercicio de su condición de ser madre, que se sustenta en elementos tradicionales de lo que consideran una buena madre: capacidad de sufrimiento en pro de su prole, entereza- fortaleza en las tareas que le son propias como mujer y como madre. A saber, a mayor capacidad para soportar este dolor temporal, mayor es la fortaleza perenne y efectiva en su papel de madre y viceversa. No obstante, esto no supone que los casos de mujeres tradicionales que han usado la anestesia epidural en sus parto vaginales, se interprete como un signo de debilidad, porque normalmente se le traslada a las circunstancias sobrevenidas o al sistema sanitario la responsabilidad de imposibilitar (por razones ajenas a ellas mismas), un

rechazo de la anestesia epidural. Una argumentación basada en que las circunstancias sanitarias de seguridad y no su voluntad han sido las que les han impedido cumplir con su cometido, de tal forma que subrayan que si las circunstancias hubiesen sido otras, habrían tenido la oportunidad de demostrar su fortaleza y capacidad para resistir los dolores de parto.

En contraste, las mujeres tradicionales que tuvieron una cesárea en el parto, articulan un sentido del dolor muy distinto al experimentado por sus compañeras que tuvieron un parto vaginal. El hecho de no haber tenido ni siquiera la oportunidad emocional de sentir el alumbramiento de su bebé, evidencia una consideración de que la cesárea realmente no es un parto. Las mujeres tradicionales a las que se les ha practicado una cesárea, verbalizan que el verdadero dolor no son las consecuencias físicas de haber sido intervenidas, sino un dolor emocional de haber sido privadas (por las circunstancias), de tener un parto verdadero. Un dolor que a diferencia de las mujeres tradicionales que tuvieron un parto vaginal, no desaparece en el momento de tener a su bebé cerca de ellas, sino que sienten como una oportunidad perdida como mujer. En algunos casos, las mujeres tradicionales que volvieron a estar embarazadas y tuvieron la posibilidad de tener un parto vaginal, consideran que han podido cicatrizar la herida anterior y superar ese “fracaso” que tuvieron anteriormente.

#### **GDr1: Diálogo sobre los sentimientos de enfrentarse a una cesárea.**

- MUJER 4: *Pero que yo mis últimos monitores me dijeron "la niña se ha puesto transversal, estás de 39 semanas; hay que programar una cesárea". Ahí me jarté de llorar. Yo no quería una cesárea ni de coña; yo quería parir. Porque yo no quería la epidural. Me dijeron "para el jueves te vienes" -era un lunes creo- "para el jueves te vienes que es cesárea". Y yo ahí... que venga a llorar, después me fui para la cesárea.... Antes de hacerme la cesárea -de meterme en la cesárea- me hicieron una ecografía y me dijeron "la niña ya se ha puesto bien otra vez".*

- MUJER 1: *Pues menos mal.*

- MUJER 4: *Te vas para tu casa. [RÍE]*

**GDr2: Diálogo entre mujeres tradicionales y modernas sobre los sentimientos de enfrentarse a los dolores de parto y a la cesárea.**

- MUJER 2: *Es que también confundimos un poco las cosas. Cuando nos duele una muela o tenemos un dolor de cabeza, decimos: “vamos a tomarnos una pastilla”. Y ahora de repente, tiene que salir del sitio y te tienes que abrir... “esto tiene que doler por narices”*

- MUJER 3: *Yo no te digo que no...*

- MUJER 2: *Que porque a mí me vayan a poner una inyección, la epidural, y te va a doler menos... que yo no voy a ser más madre...*

- MUJER 3: *No. Si hasta que te pongan la epidural, tú tienes que dilatar cuatro centímetros. Los dolores de esos cuatro centímetros los tienes que pasar.*

- MUJER 1: *Yo para mi dar a luz... y veo que es una tontería. Pero era mi obsesión, para mi dar a luz con cesárea era un fracaso como mujer. Me pasó. Y yo, todo el embarazo de mi hija ha estado de culo. Entonces, todo mi... mi miedo era, “por favor que la niña se dé la vuelta... que... que quiero parir...”*

- MUJER 2: *Yo por ejemplo... Yo también, porque...*

- MUJER 1: *Ahora lo veo una tontería. Y con el segundo me pasó igual. A mí me propusieron hacerme una cesárea a las cuatro horas, y estuve treinta y cuatro de parto. Y a mí... Hasta que el médico me dijo: “mira chiquilla que te pongas como te pongas, que te hacemos una cesárea”. Y ya me fui de urgencias, porque... Y yo para mí era un fracaso. “¿Cómo que no...? ¡Que yo quiero parir, que yo quiero parir!”. Por la primera, porque veía que la gente de cesárea tardaba más en recuperarse. Y por el segundo decía: “por mi hija que es un bebe, una cesárea, que vas a estar unos días sin poderte mover”. Entonces yo a mi hija todavía le daba bibí. Entonces yo decía: “por dios, que no”. Yo me quería ir a casa. Yo decía: “¿cómo voy a estar yo sin mi niña tantos días?”. Entonces, yo para mí era un fracaso...*

- MUJER 3: *Pero que cada parto es un mundo. Hay gente que por cesárea ha tenido unos partos buenísimo.*

- MUJER 4: *Yo es que no he podido.*

- MUJER 3: *Hay gente que con parto natural ha tenido... después un posparto terrorífico. Entonces... yo realmente creo que cada parto es... para cada mujer es...*

- MUJER 1: *Depende...*

- MUJER 4: *Yo hubiera preferido parir sin epidural, tan normal y que no me doliera tanto, pero...*

VARIAS: [RISAS].

- MUJER 2: *Mira yo en el primero, que me pusieron la epidural dos veces. En el segundo, yo iba pensando, en cuanto que me duela me pongo la epidural. Pero es que al final no hizo falta.*

- MUJER 3: *No te dio tiempo... Claro.*

- MUJER 2: *Ya no hizo falta... Porque llegó la matrona y me dijo: “¿te pongo la epidural?”. Y le digo: “no, todavía no”. Porque como yo ya había pasado por otro parto, que me había dolido tanto. Yo decía: “no, todavía no, dentro de un rato”, claro y la matrona dijo: “dentro de un rato como o se te pone a hora o no se te pone”. Pero no me lo dijo a mí. “Cuando yo le dije que me pusiese la epidural el niño tenía la cabeza fuera”, y yo le gritaba: “ponme la epidural”, y me decía: “que no te puedo poner nada”. Porque es que me dolía porque ya estaba fuera.*

- MUJER 1: Yo le decía: “que no, que no quiero que me frene, yo lo que quiero es dar a luz ya, que yo quiero dar a luz sola, que no me ponga la epidural”. Y me pusieron tres, me pusieron una dosis y me quede... es cuando me tuvieron que poner la mascarilla. Entonces es cuando dijeron: “mira niña haz lo que te dé la gana”. Y la matrona era mi tía, que yo siempre me he visto muy atendida en los partos, porque era mi tía la matrona, pidió permiso, y fue la que estuvo conmigo en los dos partos. Entonces...
- MUJER 4: Entonces no estuviste sola, yo estaba sola...
- MUJER 1: No, yo estaba con mi marido, menos mal, porque si no a mí me da algo. Entonces, yo estaba con mi marido y con mi tía. Eso fue muy guay...
- MUJER 4: Pues que suerte.
- MUJER 2: El tema ese de que...“y tu marido...”Me decían: “hay que ver el Chispas”. Chispas es mi pareja. Yo decía: “vamos a ver, que la que estoy pariendo soy yo, dejarse de rollo. Esta malo, él está malo. ¿Él tiene algo? Hombre....
- MUJER 3: ¿Y nosotras...?
- MUJER 1: Ellos lo pasan mal viéndonos sufrir.
- MUJER 3: Vale, vale. Pero dile “cámbiate por mí”, a ver si se cambia...Pero que yo mis últimos monitores me dijeron “la niña se ha puesto transversal, estás de 39 semanas; hay que programar una cesárea”. Ahí me jarté de llorar. Yo no quería una cesárea ni de coña; yo quería parir. Porque yo no quería la epidural. Me dijeron “para el jueves te vienes” -era un lunes creo- “para el jueves te vienes que es cesárea”. Y yo ahí... que venga a llorar, después me fui para la cesárea.... Antes de hacerme la cesárea -de meterme en la cesárea- me hicieron una ecografía y me dijeron “la niña ya se ha puesto bien otra vez”.
- MUJER 1: Pues menos mal.
- MUJER 4: Te vas para tu casa. [RÍE]

**El discurso de las mujeres con una identidad social moderna** considera el dolor de parto como insustancial para que el parto se desarrolle de una manera efectiva. El dolor que se produce en el parto, que asumen como muy importante, no está vinculado necesariamente con el significado de la verdadera experiencia de ser madre, por lo que se considera innecesario tener que soportarlo con toda su intensidad. El dolor de parto no es útil para la mujer, ya que no es fuente de legitimidad ni produce beneficio alguno para ellas o sus bebés.

Las mujeres modernas tienen un discurso positivo frente a la utilización de todos los avances médicos, herramientas sanitarias, metodología obstétrica, fármacos..., que el sistema sanitario ofrece para el alivio de los dolores propios del parto. Se argumenta un mensaje de que el dolor de parto debe ser evitado en la medida de lo posible, ya que no tienen ningún tipo de utilidad. La calidad

que se le presupone como mujeres para poder alumbrar, no está relacionada con su capacidad para soportar estoicamente estos dolores, que no contribuyen a una mayor eficacia del proceso ni para ellas ni para sus bebés.

El discurso sobre el dolor del parto que tienen las mujeres modernas, no sólo hace referencia al mismo momento del parto, sino que se concibe como un elemento que le ha afectado en los meses previos al alumbramiento, e incluso tiene una continuidad posteriormente. Un dolor que se produce más en relación a sensaciones externas al mismo parto, como son la incertidumbre, miedo, preocupación a cómo enfrentarse a ese momento etc.

El contexto social, las pone en alerta de las situaciones negativas que van a vivir en su preparto, parto y postparto que hace que en la mayoría de los casos las mujeres intenten anticipar, planificar y buscar el mecanismo más adecuado para su afrontamiento. Para ello, las mujeres deciden hacer uso de aquellos recursos sanitarios disponibles para combatir el dolor de parto. Si bien, las mujeres modernas tienen conciencia de haber asumido el dolor de parto, por supuesto con una intensidad menor a como lo hubiesen sentido sin el uso de los mismos.

Para la mayoría de las mujeres modernas, lo más importante y que va a cambiar radicalmente su situación, es que con el parto va a nacer su bebé. Los medios por los que se producen su parto no tienen un peso en su imaginario como madre, por lo que, si existen posibilidades para no tener que soportar los dolores en el parto, no se concibe que no se usen, lo especulan como un hecho evidente. A saber, el logro como mujeres en el parto, no es tanto los medios que se usen, sino el fin de dicho parto, ser madre.

La mujer moderna demanda estar lo más tranquila posible durante los momentos más complicados del parto, una tranquilidad que es más fácil con el alivio del dolor. Desde su punto de vista, aliviar el dolor de parto, más que imposibilitar sentir el parto, les facilita poder vivirlo como un proceso positivo y poder concentrarse en lo realmente importante del mismo, el nacimiento de su bebé.

El discurso moderno, concibe al colectivo profesional del sistema sanitario como garantía en, al menos, tres situaciones potencialmente dolorosas a las que la mujer se tiene que enfrentar:

- a) El colectivo sanitario debe de ir respondiendo a las demandas de las mujeres durante su embarazo, informando y ofreciéndoles conocimiento de cómo se desarrollan la mayoría de los partos, para que la sensación de angustia previa al parto que sufren las mujeres, sea lo menor posible.
- b) El parto debe ser guiado profesionalmente, para velar e intervenir ante cualquier situación de riesgo, y por supuesto ser receptivo y responder rápidamente ante las demandas de cualquier elemento que pueda aliviar el dolor que estas mujeres soportan durante su parto.
- c) La recuperación del postparto debe ser lo menos traumática posible, por lo que el colectivo sanitario debe ofrecer todas las herramientas para que la mujer pueda a recobrar su estado de salud anterior al embarazo.

**GD6: Diálogo sobre las ventajas de la anestesia epidural en el parto.**

- MUJER 1: *Pero nosotros el trato en el hospital muy bien, eh. Todo el mundo muy bien. De hecho, cuando iban a bañarla "a ver, ¿quién quiere venir, el padre o la madre?" "Que vaya el padre, y tal"... Y yo parí el sábado por la noche y el lunes por la mañana ya me habían dado el alta. Y al mediodía estaba yo ya en mi casa comiéndome un plato de lentejas. Y por la tarde en el paseo marítimo, andando, que me decía mi marido "ay, pero dónde vas con esas cosas". Digo, "¿yo? A andar. Que estoy que me dan 7 infartos". Y yo ni agujetas, ni dolor al día siguiente; nada, nada.*

- MUJER 2: *Es que, claro, cuando pares de esa manera... Hombre, pero, ¿a ti te pusieron epidural, no?*

- MUJER 1: *Sí*

...

- MUJER 1: *Hombre, yo el umbral del dolor nunca pensé que iba a ser tan grande. O sea, siempre dices "va a doler", pero... no al punto de decir "Dios, me quiero morir". ...Es que esto duele que te cagas.*

- MUJER 2: *Duele un montón*

- MUJER 1: *Duele brutalmente. Cuando ya te dice...*

- MUJER 1: *Yo, cuando me pusieron la oxitocina. Porque yo antes de la oxitocina, las contracciones, yo decía "esto duele, esto duele. Pero venga, vamos".*

- MUJER 3: *Las contracciones ya duelen mucho, pero hay un momento en el parto, que es cuando ya llega a 10... y te dicen...*

- MUJER 2: *Ya te quieres morir... "Venga, que esto sale ya".*



- MUJER 3: ... *"ahora te pasan a paritorio". Ese trozo de... mmm... Ese te dicen que es el peor. Es que es cuando ya te estás haciendo caca y te dicen "te vas a notar que te estás haciendo caca, pero no es caca". Y es un dolor horrible, que dices...*

- MUJER 1: *Que están partiendo. Es a nivel óseo.*

- MUJER 3: *Claro, que me van a partir todo. Digo, "que lo saquen que me está partiendo entera".*

**El discurso social del dolor en el parto para la mujer postmoderna** se sustenta en el posicionamiento inicial que tiene previo al momento del nacimiento, que guiará su forma de concebir y vivir este dolor de una manera diferente. La maternidad desde la visión postmoderna, como se comentó en apartados anteriores, se concibe como una oportunidad de conexión natural de la mujer con su bebé y con ella misma. Este hecho determina de manera singular el sentido que le da al dolor fisiológico experimentado al parir.

Para la mayoría de las mujeres que podemos representar bajo el modelo de identidad social postmoderna, el dolor durante el transcurso completo de alumbramiento forma parte de la propia naturaleza del parto. Ellas sienten que tienen que estar física y mentalmente preparadas para las situaciones dolorosas que irremediablemente se van a ir produciendo durante el parto. La preparación para ese momento, está cargada de significados que se articulan como una experiencia única e individual, una oportunidad que la situación les da para conocerse mejor en todos los aspectos, y salir reforzadas tras la experiencia que han vivido durante su parto. Esta preparación para saber manejar el dolor que se va experimentar durante el alumbramiento, normalmente se hace de forma compartida a través de una red de apoyo que las mujeres postmodernas han ido creando entorno a grupos que solventan dudas sobre la preparación al parto, el acompañamiento durante el embarazo, crianza... Una red de apoyo activa que para la mujer postmoderna tiene mayor importancia y sentido que los cursos convencionales, ya que se produce en un contexto más empático en que las mujeres explican sus experiencias y se reconocen en valores. Un lugar donde la mujer es escuchada y respetada, independientemente a las consideraciones, dictámenes y creencias generalizadas sobre las ventajas y beneficios que los sistemas sanitarios



posibilitan en la intervención, instrumentalización y medicalización en el proceso del parto.

La experiencia más dolorosa para las mujeres postmodernas en el parto, no es el parto en sí, que se considera soportable e incluso se olvida si ellas se han preparado a conciencia y están bien acompañadas por personas empáticas. El dolor insoportable, y que a ellas les deja una herida tanto física como emocional, es tener que enfrentarse a ciertas situaciones sanitarias que las deslegitiman para poder afrontar y vivir un proceso fisiológico natural. Las mujeres postmodernas tienen una opinión bastante negativa de las prácticas médicas que se han dado mayoritariamente en los hospitales, y este hecho hace que durante su embarazo estén preocupadas por las situaciones complicadas a las que se van a enfrentar para poder tener un parto natural si este se produce en el ámbito hospitalario.

Es decir, el verdadero dolor que las mujeres refieren no es tanto al hecho funcional de parir, sino más bien lo que ellas consideran protocolos obstétricos que se dan cómo únicos, válidos y aceptados por todas las mujeres. Como mujeres que dirigen su proceso del parto, tienen una percepción muy negativa con lo que consideran “violencia obstétrica”, con prácticas que consideran innecesarias e insoportables, que no ayudan a conectar con ellas mismas ni con sus bebés.

Algunas de estas mujeres postmodernas, sienten con tanto miedo y angustia que durante su parto no se las respeta y no se vaya a ajustar en la medida de lo posible a sus valores, más aun en los casos en los que ya han vivido en primera persona una experiencia traumática en un parto hospitalario anterior, que deciden valorar y en algunos casos llevar a cabo, un parto fuera del ámbito hospitalario tradicional, pese al coste económico y social que esto supone.

#### **EP4: Relato sobre por qué decidió tener su parto en casa.**

MUJER: ... *mi primer embarazo fue muy bien, conocía la opción del parto en casa pero no me lo planteé con bastante profundidad porque mi entorno... no tenía apoyo, no conocía a nadie, mi familia no lo entendería... Todo el mundo me decía que el Virgen del Rocío era el mejor hospital para tener un parto... y al final lo tuve allí sin que me correspondiera, a mí me*

*tocaba el de Valme... puff y el parto fue súper largo... allí me decía que yo era primeriza y que es lo normal... pero vamos súper maltratado, súper manipulado... una experiencia bastante dura... Yo tal y como llegué allí, No me preguntaron nada, me hicieron un tacto, les dije que me habían lastimado y ellos me decían que era normal que me tenía que doler y allí empezó todo, la masacre... Decían que el parto estaba estancado y no dilataba y me pusieron oxitocina... y claro ya con la oxitocina ya se desencadenó toda la manipulación del mundo y claro a partir de allí ya es... te duele demasiado y no lo puedes soportar y te dicen te vamos a poner la epidural... y casi no te dan opción ni te preguntan, lo dan como un hecho... es como un pack, eso, lo de romper la bolsa, los trastos cada hora... me monitorizaron, no me dejaron dilatar de pie, me tumbaron en la camilla, me cogieron una vía y en el otro brazo me cogieron lo de la tensión y así todo el rato, casi que me amarraron a una camilla... y eso fue desde las 8 de la mañana hasta el día siguiente a las 7 donde mi hijo nació... mientras quería ir a hacer pipí y me dijeron que no, les pedí agua y me dijeron que no, simplemente me trajeron unas gasas para mojar los labios... me subieron dos veces las dosis de la oxitocina, le dije al chico que qué hacía y él me decía que subir la dosis, que si quería parir tenían que subir la dosis...*

*...después del parto de mi primer hijo tuve claro que no iba parir... no iba a dejar en manos de cualquiera la atención de mi siguiente parto, y me puse a buscar los recursos de tener un parto diferente... ahora no me daba miedo el parto sino ir al hospital. No te he dicho que al final mi hijo nació con ayuda del instrumental, no me lo pusieron al nacer, no dejaron al papá estar, me lastimaron bastante... estuve con tres meses con una uretritis y fue una recuperación difícil... yo tuve que recurrir a otras alternativas porque la seguridad social no me daban solución a mis problemas postparto... gracias a que encontré otra alternativa con una matrona con la que se generó una buena amistad y conocí un equipo de sanitarios que ofrecían la posibilidad de partos en la casa... Lo primero que me dijo mi entorno es estás loca, pero después me han respetado, yo creo que porque se han callado sus opiniones, creen que tener un parto en casa es como el que se tenía hace 60 años, que no había ninguna seguridad... la seguridad te la da las personas que te acompañan y por supuesto una misma que se ha preparado a conciencia...*

**GD5: Diálogo de una postmoderna sobre su preparación para afrontar el dolor en el proceso parto.**

- MUJER 2: Yo por eso que, que está ahí como muy arraigado el tema del dolor, el parir con dolor, que no podemos parir, de que tenemos que hacerlo con máquinas, con epidurales y yo, yo es que sinceramente reivindico el que somos perfectamente capaces

- MUJER 4: Igual que los animales

- MUJER 5: De forma natural

- MUJER 1: Luego hay mujeres que de verdad no lo soportan porque yo conozco a personas que me han dicho que es que estaban a punto de desmayarse, que no soportaban el dolor, entonces yo creo que eso es supe personal. Que cada mujer lo siente de una manera

...

- MUJER 5: pero aun así, yo creo que cada parto tú tienes el umbral del dolor en

- MUJER 3: Claro

- MUJER 2: Es un proceso lista y las matronas con las que yo he tratado, en los 3 partos, pues son mujeres, que empiezan el proceso desde los 6 meses

- MUJER 3: Claro

- MUJER 2: y empiezan el proceso con la pareja, con la familia, con

- MUJER 3: *Un completo*

- MUJER 2: *y es un proceso de trabajo emocional, o sea hay un acompañamiento emocional, hay un acompañamiento de ver cómo ha sido tu propio nacimiento, qué traes tú de tu madre, qué miedos traes, o sea un trabajo de tiempo de...*

**EP7: Discurso sobre la percepción del dolor de parto en el entorno del sistema sanitario.**

MATRONA: *... la masa comunica que el parto es un acto médico instrumentalizado que vela por mantener la seguridad de la paciente, pues claro hay un intercambio de voz a voz entre las mujeres de normalizar que hay que quitar el dolor, pero muchas de las prácticas hospitalarias que se están dando de forma generalizada hacen que muchas mujeres se sientan mal, y la siguiente vez va a pedir que la duerman completamente para no sentir dolor, esto no lo quiero y no quiero sentir, que al final te lleva a creer que parir es un horror y mejor que me duerman. Aquí es donde entra lo que te decía de cultura del patriarcado de que te robo la parte de la experiencia más bonita de tu vida porque has accedido desde el miedo a una opción que está ahí pero no sabes que va a pasar. ¿Qué ocurre con toda la parte de preparación al parto que ahí? Pues una domesticación para que esto se mantenga... Tengo un grupo de mujeres que van tanto a la preparación de la Seguridad Social y a la que imparto yo, y te dicen esto no puede ser, en la Seguridad Social esto es lo que te vas a encontrar y esto es lo que tienes que hacer, así que pórtate bien si no quieres que te duela...*

## 7.6 El Ideal del Parto

En cada una de las identidades sociales analizadas encontramos un relato sobre cómo sería su parto ideal, con unas características propias que circundan alrededor de la preparación, el ambiente donde tiene que darse, la actitud con la que se debe afrontar, el contexto en el que se desarrolla y las personas que deben de estar, la metodología empleada para tal fin y las consecuencias derivadas de optar por ese tipo de parto. Si bien, existen un discurso en la mayoría de las mujeres, con independencia de su identidad social, que tiene una serie de elementos comunes sobre el ideal de parto.

Las principales características que se han verbalizado en el conjunto de las mujeres sobre el parto perfecto, son:

- El parto se debe desarrollar en un ambiente de tranquilidad. El parto es un hecho singular en la vida de cualquier mujer, lo que lo convierte en una experiencia que es única y no es comparable a la de otras mujeres,

ni tan siquiera con otra experiencia previa de parto de la misma mujer, por lo que la tranquilidad se considera un elemento clave para el desarrollo pleno en su ideal de parto.

- El parto ideal es el que afronta la mujer con total confianza en ella misma y en su capacidad para gestionar esta experiencia vital de la forma que ella estime oportuna.
- El parto ideal es en el que se respeta los intereses de la mujer que va a parir, y que salvo circunstancias excepcionales, las personas que las acompañen deben asumir, velar y responder para el cumplimiento de estos valores.

El discurso mayoritario sobre el parto ideal para **las mujeres con una identidad social tradicional**, se sustenta en que los partos originalmente se han ido desarrollando con total independencia de que exista un apoyo farmacológico e instrumental de los servicios sanitarios para lograr ser madre. La mujer por su naturaleza es la que tiene que ser protagonista indiscutible en la acción de parir, por lo que cualquier arbitraje ajena a ella y su entorno próximo, se considera un obstáculo que la aleja de su papel y de su destino.

Las mujeres tradicionales no solo consideran que están preparadas físicamente para poder parir sino que hacerlo y ser capaces de afrontar por ellas mismas este proceso es cuasi un rito de paso necesario para convertirse en buenas madres, y ello es posible tanto por su condición biológica como por su papel social de mujer. Los resortes necesarios para desafiar el ineludible dolor del parto se adquieren a través de las mujeres que conforman su realidad social más cercana (madres, hermanas, amigas íntimas...), a través de sus experiencias.

Por ello para que el parto hospitalario de la mujer tradicional se desarrolle de forma ideal, el sistema sanitario y el colectivo profesional no debe obstaculizar el proceso con prácticas innecesarias, solo debe estar ahí para posibles incidencias. Estas prácticas sanitarias, sólo consiguen entrometerse en las decisiones sobre la capacidad que tienen las mujeres para dar a luz y comenzar o renovar una identidad como madre capaz, que lo da todo por su prole.

Las mujeres tradicionales orientadas explícita o implícitamente por su entorno directo sienten que tienen la competencia en la toma de decisiones sobre el desarrollo de su parto. El sistema sanitario no debe obstaculizar su entrada en la maternidad. Sienten que las habilidades maternas no son reconocidas y puestas en valor por los sistemas sanitarios, por lo que desconfían del mismo, si bien consideran que el parto se debe de producir en este entorno como red última de seguridad. Tendrán una actitud y percepción positiva para considerar las habilidades maternas expuestas por otras mujeres como ideal para orientar las acciones que conlleva su papel como madre.

En resumen, el parto ideal para las mujeres tradicionales es el que se desarrolla en el contexto hospitalario, un sistema sanitario que no ponga en duda sus capacidades para parir, con elementos extraños al alumbramiento. Un modelo de parto que permite legitimar a la mujer como protagonista en este proceso, facilitando poder gestionar y construir el dolor vinculado como medio para alcanzar y mostrar su condición de madre.

**GDr3: Diálogo sobre lo bonito que fue su parto.**

- MUJER 3: *Para mí es que fue una sensación de tanto, tanto dolor...pero tan satisfactoria.... es que no se explicarlo...que no...es que emociono y todo todavía...yo cuando lo contaba lloraba y todo, recién parida..."lloro, pero es que ha sido muy bonito, mucho dolor pero muy bonito"*

- MUJER 4: *Son las hormonas también*

- MUJER 1: *Es que es muy bonito*

- MUJER 3: *Aunque me dolió tanto, tanto...yo no me la pondría*

- MUJER 2: *Lo has descrito perfectamente...*

- MUJER 3: *Es una cosa...además cuando lo notas que sale...dices...madre mía...*

**EP10: Discurso los beneficios de un parto estandarizado.**

JURISTA: *...la maternidad es algo más de la vida, pero si no la vives no te invalida para ser feliz, pero claro está construido en torno a ese orden...todo esa presión moral, un contexto social en el que estamos...tenemos que desmitificar todo el proceso de maternidad... en el parto que la mujer viva todo ese proceso como si eso fuera...no sé...es un proceso natural más y a medida que hemos ido evolucionando a nivel médico, pues yo entiendo que ha pretendido y*

*que es clave el progreso médico es la reducción del sufrimiento humano, ¿no? Y todo lo que implique de alguna manera nuestra vulnerabilidad a todos los niveles, vamos la civilización es eso en alguna manera. Tener por ejemplo leyes que sirvan para... de alguna manera...a los que son más vulnerables poderles satisfacer algunas demandas y que sean menos vulnerables...pero eso aprendido de que hay que sufrir... sufrir por amor... la sociedad parece que no deja de tener esa visión romántica...*

**El discurso de las mujeres con una identidad social moderna**, se construye sobre la idea de que el parto ideal es aquel que haga más amable y menos doloroso el parto. A diferencia de la mujer tradicional el dolor no tiene sentido, es una experiencia traumática y siempre que se pueda se debe de evitar: superar el dolor no es una aspiración ni una necesidad para convertirse en una buena madre.

Para la mayoría de las mujeres modernas, los partos afortunadamente se pueden beneficiar de los avances científicos y farmacológicos de que hoy disponen los sistemas sanitarios, y ello les da seguridad y tranquilidad. La mayor confianza que tienen generalmente las mujeres modernas hacia los sistemas expertos favorece que tengan mayor predisposición al uso sistematizado de las herramientas farmacológicas, instrumentales, metodológicas, etc., que se desarrollen regularmente en el contexto sanitario. El uso de instrumental médico, proporcionar anestesia epidural, aplicación de prácticas quirúrgicas, o emplear otras técnicas médicas, son consideradas elementos que asisten y cooperan para que la mujer pueda parir con una mayor garantía y fiabilidad.

En el discurso común de las mujeres modernas, se considera los avances tecnológicos y científicos como liberadores del dolor que innecesariamente las mujeres han tenido que soportar históricamente. Felizmente, se han ido incorporando estas posibilidades médicas en gran parte de los hospitales de los sistemas sanitarios, así las mujeres cuentan con más posibilidades de poder afrontar el parto con medios tecnológicos que les permite poder gozar de un parto no tan doloroso y lleno de riesgos como al que tradicionalmente han tenido que enfrentarse las mujeres. Su mayor crítica es, por un lado, que no



siempre se garantiza a todas las mujeres poder hacer uso de los avances y servicios que actualmente existen y, por otro, que se dé el trato más humano y cercano posible. Esta situación se da principalmente, en segundo lugar, al no disponer todos los hospitales de los mismos avances obstétricos, y por otro lado, a que no todas las personas que asisten un parto tienen la formación y empatía necesaria en una situación tan particular como es un parto.

En definitiva, el ideal de parto de la mujer moderna es el que se desarrolla en un entorno seguro, con capacidad técnica para que el proceso llegue a buen término y pudiendo hacer uso de aquellos avances que hagan su proceso de parto menos doloroso. El sistema sanitario debe estar actualizado para poder ofrecer todas las posibilidades que ayuden a la mujer a eliminar el dolor innecesario que se produce en su parto.

#### **GD1: Diálogo sobre los sentimientos entorno a la maternidad**

- MUJER 2: *Yo lo que veo, porque ya te digo, tengo contacto con muchas, muchas embarazadas, porque da la casualidad que llevo varios años que en amigas que somos conejas vamos...y por parte de mi trabajo, porque trabajo con madres y con bebés y veo que, como las personas, hay de todo. Lo que sí que es verdad es que hay una tendencia, digamos, naturista muy grande, que quizás no ha llegado a los profesionales, porque tienen otra información*

- MUJER 3: *Por ejemplo yo, las personas, como tú dices, cada persona es un mundo, creo que hay una tendencia a que cada vez sea todo más natural, que no me parece mal ni bien, creo que es algo que cada uno tiene que hacer como le dé la gana y nadie tiene que criticar...nada*

- MUJER 1: *Siempre que sea lo mejor para el niño...*

- MUJER 3: *Ahí está. Pero he tenido la experiencia de estar 9 meses yendo al Virgen del Rocío todas, todas las semanas a ponerme una inyección por el tema del prematuro a probar un medicamento. Entonces gracias a eso he conocido a muchas matrones y matrones, un ginecólogo, pero el Jefe de Ginecología del Virgen del Rocío, y la Jefa de matronas. La Jefa de matronas a ti te cuenta que lo mejor es el parto natural. NO el parto natural como lo tenemos concebida, es "lo que tú quieras hija" y te enseña el hospital y hay una sala con una pelota, te puedes duchar las veces que tú quieras, en paritorio se pueden poner las estas verticales, puedes parir sentada. De pie, si tienes la epidural, no vas a poder, pero bueno, te la ponen para que tú paras sentada, está todo preparado y ella decía "tenemos un problema, yo soy joven, tengo un equipo de gente muy joven, pero un equipo de gente muy mayor. Estamos intentando convencer a las matronas antiguas de otras cosas, pero la tendencia, por lo menos, donde yo he parido y lo que yo conozco, es a que todo sea más adaptado a las personas, a la parturienta, que lo importante ahí, porque el niño, por supuesto, por supuesto, pero lo importante es que estés cómoda. Creo que es una tendencia. Una amiga mía se ha ido a parir a Marbella porque eso estaba todavía más avanzado.*

**EP6: Discurso los beneficios de un parto estandarizado.**

*MATRÓN: ...si es que esta medicalización del parto ha salvado muchas vidas, tanto las de ellas como la de sus hijos... Y después de conseguir estos niveles de seguridad y de... vamos de calidad... pues no se entiende que se haya puesto esta moda... Que claro que tienen derechos, pero no pueden ser acosta de poner en peligro los derechos de su hijo, si se puede evitar una serie de riesgos, pues se evitan... Los partos se desarrollan en un hospital siguiendo lo mejor para la madre y su hijo... eso desde siempre.*

**Las mujeres con una identidad social postmoderna**, articulan generalmente un discurso muy planeado sobre las ventajas que tiene su ideal de parto. Para ellas, el proceso del parto deber ser reflejo de sus valores y responder a un modelo holístico, que ponga la atención sanitaria al servicio de los intereses de la mujer. La mayoría de las mujeres postmodernas consideran que los sistemas sanitarios en gran medida han perpetuado un modelo hegemónico que facilita una cultura y un papel de la mujer dominada bajo el imperativo social de los beneficios tecnocráticos en la atención al parto.

Las mujeres postmodernas critican este imperativo tecnocrático, que se apoya en la idea de que el progreso científico conlleva ineludiblemente a unas mejores condiciones de vida, sin visualizar las sus consecuencias negativas. Si bien, ponen en valor que cada vez más profesionales sanitarios se están sublevando frente al modelo predominante, ofreciendo una reflexión sobre las actuaciones que se han dado como hasta ahora como indiscutibles, y posibilitando poco a poco una atención hospitalaria más acorde con los valores predominantes en las mujeres postmodernas.

Como anteriormente se ha expuesto, la concepción que tienen las mujeres postmodernas sobre el transcurso del parto como un proceso fisiológico, va ligado a configurar una serie de características idiosincráticas bien distintas al ideal de parto de la mujer moderna. El parto, es definido como un proceso natural, por lo que hay que favorecer que este se produzca de ese modo en la medida de lo posible, por lo que la medicalización e instrumentalización que se practican de forma común en los hospitales, es un obstáculo para poder tenerlo. Por ello, parte de las mujeres con una identidad social postmoderna deslegitiman tener un parto en el hospital y deciden tenerlo en otros espacios más propicios para que se respete el natural proceso fisiológico. Tener un parto



fuera del hospital presenta una serie de ventajas para ellas, como son unas técnicas no invasivas, una actitud empática y de total confianza con las personas que acompañan en él, y se subraya que este contexto permite que el proceso se desarrolle en sus tiempos y no por los tiempos protocolizados en el hospital.

Estas características vinculadas al parto en casa, hace que prácticamente la totalidad de las mujeres que deciden dar a luz fuera del hospital (según los datos del INE en 2013 el 0,4% de los partos en Andalucía), tengan un discurso postmoderno. No obstante, la elección del parto fuera del hospital es muy residual, por lo que existen mujeres que tienen un parto hospitalario. Y, a la vez, vertebran un discurso postmoderno. Los principales motivos encontrados para tener un parto hospitalario son:

- a) Poder tener un parto en casa con profesionales sanitarios es costoso a nivel económico y no todas ellas pueden permitírselo (EP7: *normalmente puede costar alrededor de los 2000€... lo que hace que muchas decidan ir al hospital, esa ya depende de las necesidades que tenga la mamá*).
- b) Decidir tener un parto fuera del hospital tiene un coste emocional que las inquieta, al ser juzgadas por las personas más cercanas (EP8: *cuando les dije que estaba simplemente pensando poder tener mi parto en casa, mi familia le iba a dar algo...me decían que estaba loca... que cómo era capaz de poner en peligro la vida de mi hija*).
- c) Poco a poco está creciendo el número de profesionales que exigen un cambio de paradigma en la atención al parto, por lo que hay hospitales en los que es más fácil tener un parto respetado (EP7: *al final se produce un efecto llamada...yo quiero trabajar en un hospital donde existan profesionales que respeten a las mujeres y empatice con las necesidades que tienen que tienen las mamás... y ellos también quieren trabajar con alguien como yo... la elección de los turnos para trabajar casi siempre se producen simplemente por afinidad profesional...*).

En conclusión, el ideal de parto para las mujeres con una identidad social postmoderna, es el que se desarrolla persiguiendo el precepto de dejar actuar al cuerpo humano para que se produzca el proceso fisiológico de parir. Para poder favorecer este proceso natural, hoy en día hay bastantes posibilidades de prácticas sanitarias o no sanitarias, para poder aliviar el dolor físico de parir. El modelo hegemónico de administrar artificialmente sustancias que aceleren, desnaturalicen, hagan perder el sentido de control que tiene las mujeres sobre este proceso, provoca un dolor emocional más agudo que el siente fisiológicamente al parir de forma natural.

**GD6: Diálogo sobre las posibilidades de que el parto hospitalario pueda cumplir con sus expectativas de ideal de parto.**

- MUJER 4: *Yo hice contigo, que luego me he acordado, el curso de la pre... el curso de...*

- MUJER 5: *De la preparación...*

- MUJER 4: *De la preparación al parto, y María del Mar nos decía que hacernos el plan no, porque a cada uno le podía venir de una manera distintas y que no nos... No nos podíamos centrar...*

- MUJER 5: *... ir tanto con una idea fija, porque luego, pues eso: que luego el trauma es peor. Yo, la verdad, es que cuando me enteré de que estaba embarazada lo primero que le pregunté a la médica: "oye, yo quiero parir en agua". [RISAS]. "Pues yo quiero parir en el agua, que es muy bonito". Y entonces me dijo "mira, aquí lo hacen en El Ejido. Pero ya te voy a hablar como profesional, que a lo mejor no te lo debería decir, tendrías que informarte, pero la preparación que tiene el matrn es un vídeo -un vídeo- que le han puesto; esa es la preparación. Entonces el riesgo, yo ya te hablo de como persona humana -olvídate de que soy tu médico- el riesgo es mucho mayor. O sea tú lo pareces como algo idílico, ¿no?: que estás en el agua, que... Pero no hay formación. Entonces los riesgos son más que los beneficios que puedes obtener". Y me quitó la idea. O sea, "me la quitó"; que tú veras... Dije "vamos a ver, que yo quiero en el agua, pero si es algo que sea viable; si corro riesgos no quiero en el agua. Y entonces fui a Torrecárdenas, porque antes me dijeron hacen una visita guiada, que te enseñaban allí el paritorio...*

- MUJER 3: *Sí, yo en el primero me... tuve la visita guiada.... Ahora ya no se hace.*

- MUJER 5: *Claro, ya no se hace. Yo fui al Torrecárdenas y pregunté. Porque yo quería ver el tema de las sillas. Porque yo decía "madre mía, si es que en el burro es estar... es que es... va en contra de la naturaleza". O sea...*

- MUJER 4: *María del Mar ya nos dijo que eso no se hacía por el tema de los recortes también...*

- MUJER 5: *Claro, entonces...*

- MUJER 4: *Claro, sabías dónde vas.*

- MUJER 5: *Pero ya no lo hacen. Entonces yo fui y le pregunté por la silla. Y me dijo "¿la silla? ¿De qué me estás hablando?" Y yo, a lo mejor estoy loca: "me han dicho que hay una silla que tú [RÍE]... que está la opción de parir en la silla". Y me dijeron "mira, yo no sé quién*

*te habrá informado". Vamos, llamaron a la jefa de las matronas de planta y dice "mira, dile que se olvide; que aquí no hay silla"...*

...

**GD6: Diálogo sobre qué se entiende por un parto natural en el ámbito hospitalario.**

- MUJER 2: *Un parto natural...*
- MUJER 1: *Vaginal.*
- MUJER 2: *Vagina, sin... sin...*
- MUJER 1: *Sin oxitocina.*
- MUJER 2: *... sin intervenciones, sin oxitocina.*
- MUJER 3: *Sin epidural.*
- MUJER 2: *Sin epidural.*
- MUJER 5: *Y sobre todo que te dejen... porque [HABLAN A LA VEZ. INAUDIBLE [01:30:12] porque si tú por ejemplo estás pasados las 42 semanas y 3 días, pues el protocolo es que te tienes que provocar el parto aunque tú estés bien y el bebé esté bien.*
- MUJER 2: *Exactamente*
- MUJER 5: *O sea, yo eso es a lo que me refiero: que yo pienso que si el cuerpo -el cuerpo de la mujer está hecho para parir. O sea- que si te dejan, dentro de un control de todo está bien... Que no deberían de ser tan... tan manipulados. Porque es que esto no es una ciencia cierta. Quiero decir: que tú... ellos pueden tener de tu última regla, pero hay mujeres que necesiten 15 días después. Hay mujeres que en vez de necesitar 42 semanas, necesitan 45.*
- MUJER 4: *Yo opino igual.*
- MUJER 5: *Y luego otra cosa: en el tema del burro, pues tú en la posición que estás... Entonces que para expulsar el bebé, que el bebé empuje y tú empujes, realmente no es algo natural.*
- MUJER 2: *Es para el médico porque está a su altura y lo ve. Pero para ti... O sea, yo me acuerdo... Yo estaba mi pareja detrás mía empujándome así y yo estaba casi sentada. O sea, yo parí encima del burro, pero casi sentada así y agarrada como podía. Porque tu cuerpo te pide estar así.*
- MUJER 4: *Claro.*
- MUJER 2: *No te pide estar así.*
- MUJER 4: *Es verdad. [HABLAN A LA VEZ. INAUDIBLE 01:31:16]*
- MUJER 2: *Es que la gravedad tiene que hacer su trabajo. [RISAS]*
- MUJER 6: *Ahí espatarrada para arriba, como si fueras a dar la voltereta.*
- MUJER 2: *Por ejemplo yo en mi caso fue porque decían que, como tenía fisura de bolsa, que había riesgo de infección y, claro, te dejan 24 horas. Pues claro, yo sé... La mayoría de las... de estas costum... de estos temas van por... por evitar riesgos. Siempre es cuestión de evitar riesgos.*
- MUJER 6: *Sí.*
- MUJER 3: *Sí, siempre pensando en ellos; en su trabajo, en su...*

- MUJER 1: *Pero bueno, también ahí está que te explican que antes cuántos niños morían, ¿por qué? Porque hay madres que no han llegado a parir.*
- MUJER 6: *Claro.*
- MUJER 3: *Claro. O sea.*
- MUJER 1: *No podían. [HABLAN A LA VEZ]...y se te muere tu bebé.*
- MUJER 2: *Claro, no es solo pensando en ellos, sino que, evidentemente, el riesgo... para el bebé.*
- MUJER 5: *...mi bebé no está sufriendo, no tiene contracciones; tú tampoco...*

#### **GD1: Discurso sobre las distintas prácticas sanitarias en los partos hospitalarios.**

MUJER 1: *...era muy joven le dijeron, las desagradables estas le dijeron: "¿tú sabes por dónde ha entrado? pues por ahí tiene que salir..." je,je,je la pobre...sola...porque antes no podían, muchos avances en este aspecto, porque antes no podían entrar los maridos. Ahora sí que, a ver, han habido progresos en el tiempo, yo creo se ha humanizado mucho, pero ahora hay como en todo, las terroristas del progreso je,je,je*

#### **EP5: Discurso sobre por qué dejó de asistir partos en el hospital.**

MATRONA: *... yo estuve trabajando en el 88 un año entero como comadrona al uso, como me había enseñado y tal en el hospital comarcal... A los años empiezo a leer sobre otras formas de actuar en los partos porque lo que yo estaba viendo en el hospital me revolvió las tripas. Empiezo mi periplo por otras zonas de España, Madrid, Barcelona, País Vasco, y empiezo a asistir los partos en el hospital de otra manera. Yo soy una persona bastante coherente y empiezo a practicar otra forma de entender el parto como profesional dentro del mismo hospital. Empiezo a dejar a las mujeres que se coloquen en otra posición que el resto de compañeros no les dejaban, empiezo a apagar las luces para que se encuentre en un momento más íntimo, empiezo a no cortar si más el cordón umbilical a la primera de cambio, espero que a que deje de latir, empiezo a dejar a que entre los familiares al parto, y sobre todo lo más radical que hice fue no hacer episiotomías a la ligera, sólo cuando era estrictamente necesarias. Como yo trabajaba sola, de noche y no tenía a los compañeros que me estuvieran controlando, que pasó que al tiempo muchos de mis compañeros se me echaron encima incluso de alguna madre que me decía que ella no tenía que dar a luz como los animales... Una desinformación por parte de los profesionales y de las mujeres. Así que me animé a organizar un seminario sobre la humanización del parto y como este es un proceso fisiológico y no tiene que ser estrictamente intervenido a priori. Hubo mucha gente de mi hospital que vino, y alguna gente sí que se concienció de que otra forma de asistir los partos es posible... pero otra no hubo manera. Pero a larga se vió por las estadísticas que el empleo de cesáreas y de utilización de instrumental médico, habían descendido y eso fue en el primer congreso del parto de nacer en casa en Jerez, en el que vino el doctor Balmer, profesionales de Alemania, la antropóloga Robin, vino gente africana, las mejicanas, para que se escuchara la voz de la gente ajena al sistema y también del propio sistema sobre otras posibilidades. Ese congreso ha dinamitado la forma de entender la asistencia sanitaria del parto que fue sobre... 1998. Y me he encontrado a gente que me dijo que estuvo en ese congreso y que gracias a ese congreso le cambió la vida profesional. Y los médicos más abiertos de mi hospital empezaron a cambiar, que simplemente era seguir las recomendaciones de la OMS que eran bastantes manías del 96... pero aunque se empezó a cambiar algunas cosas otras se seguían haciendo de forma indiscriminada, y dije hasta aquí hemos llegado...*

## **CONCLUSIONES**

## **CAPITULO VIII:**

### **CONSIDERACIONES FINALES EN LA IDENTIDAD SOCIAL DE LA MUJER EN EL PARTO EN ANDALUCÍA**

Las principales conclusiones que a continuación se presentan, pretenden dar contestación a los objetivos planteados en la presente tesis doctoral: La información recogida a través de las distintas metodologías empleadas, han posibilitado por una parte aproximarnos a los objetivos de la investigación, si bien han instaurado nuevos interrogantes. Definitivamente, se presentan tanto las consideraciones finales así como las posibles líneas de investigación sobre el tema en cuestión analizado.

## **8.1 Principales conclusiones**

La investigación realizada para elaborar la presente tesis doctoral, ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

- El análisis de los discurso de las mujeres en torno a cómo entienden que debe discurrir el proceso de su parto, ha confirmado ser un buen proxy para clasificar las distintas identidades sociales de las mujeres. Frente a un hecho objetivo de base biológica como es el ser mujer y su capacidad para la reproducción, se observa una serie de condicionantes sociales, culturales y simbólicos que otorgan significados y dan cobertura a actitudes y prácticas sociales diferenciadas que en conjunto nos sirven para dar cuenta de su identidad social.

Históricamente, la condición de ser mujer ha estado en buena medida supeditada a la condición de madre y al papel y consideración de lo que socialmente se ha considerado una “buena madre”. Una identidad que se le imponía haciéndolas responsables de la vida y el futuro desarrollo de su prole, vinculando su principal papel con el cuidado y la reproducción familiar y hacinándolas en la esfera privada. Todo lo cual ha fomentado su escasa relevancia en el ámbito productivo y vinculado a ello su papel subsidiario como sujeto social y político.

- Cada modelo de identidad social analizado, va unido a un universo simbólico que es interiorizado, pensado, sentido y expuesto a través de unas prácticas sociales que suelen ser diferenciadoras con respecto a las de las otras identidades sociales. Unas identidades sociales de la mujer en torno a su ideal de parto, que muestran que en la actualidad no existe un relato único sobre el parto, la maternidad y en general el papel de estas mujeres en la sociedad; que no existe una única verdad, características asociadas generalmente a las sociedades postmodernas
- El afrontamiento de la maternidad y del dolor en el parto, tienen tanto un componente biológico, como un componente social. Los componentes sociales son claves a la hora de identificar la tipología de Identidades Sociales que se han analizado. No sólo deben considerarse y abordarse analíticamente como hechos biológicos, puesto que tanto la maternidad como el dolor de parto están modelados por aspectos sociales y emocionales que influyen directamente, no sólo en cómo se piensan y se relatan sino también en cómo se viven. En cada identidad social existe un patrón de sentido eminentemente cognitivo y actitudinal, donde las mujeres hacen referencia a determinadas categorías sociales para describir y narrar su sentido de la maternidad y la lógica del dolor en el parto.
- El análisis exploratorio y descriptivo de las características de los partos en Andalucía a través de distintas fuentes secundarias, ha posibilitado obtener una información contextual de la realidad de los partos. La edad media de las mujeres que dan a luz se sitúa en torno a los 30 años, y para más del 50% fue su primer parto. La mayoría de las mujeres están casadas o conviven en pareja y más del 25% se dedican en exclusiva a las labores domésticas. El porcentaje de partos por cesáreas en los hospitales españoles se sitúan en torno al 25%, y este porcentaje se dispara hasta casi el 38% en los hospitales privados. Datos que se alejan bastante de las recomendaciones que hace la Organización Mundial de la Salud sobre las tasas de cesáreas, que no debieran de superar el 15%. Es de destacar que la casi la totalidad de los partos en Andalucía y en España (más del 99,5%)



se desarrollan con personal sanitario en un centro sanitario. Así en nuestro contexto, planificar los partos en el domicilio es aún una práctica residual, aunque se detectan ya diferencias por Comunidades Autónomas, por ejemplo, Cataluña con un porcentaje de en torno al 0,55%, frente a Andalucía con un 0,19% o Extremadura con un 0,1%. Mientras que en otros países la planificación del parto en el domicilio, aunque no es la práctica más habitual, tiene una mayor presencia, como por ejemplo en el Reino Unido con un 2,3%.

- En Andalucía la administración autonómica ha fomentado y regulado el uso de la anestesia epidural en el trabajo de parto, una política de servicio a las mujeres, que pretende llegar a todos los sectores sociales sin discriminación alguna. La anestesia epidural se ha considerado, por la Consejería de Salud de la Junta Andalucía, como el método más eficaz para liberar del dolor a la mujer en todas las fases del parto. Y aunque los datos presentados avalan que se ha universalizado el uso de la anestesia epidural en los hospitales del SSPA para el trabajo de parto, todavía conviene señalar que existen mujeres contrarias a la utilización de esta anestesia (un 13% de las mujeres que tuvieron la posibilidad real de pedir la anestesia epidural, no consideraron oportuna su uso en el año 2012). No obstante, frente a estudios anteriores en los que se demostraba que el rechazo a la utilización de la anestesia epidural en los primeros años de instauración de la prestación respondía, a una suerte de desigualdad en salud, tras alcanzar la universalización real de la oferta. En esta tesis se ha tratado de demostrar que el rechazo encontrado da cuenta de una situación diferente: una postura activa, en algunas ocasiones incluso militante, de unas mujeres que en base a sus valores, ya tradicionales, ya postmodernos, que desestiman esta posibilidad y abogan por una forma de entender la maternidad acorde con su identidad social.
- Se han diferenciado principalmente tres identidades sociales de la mujer en relación con el parto y la maternidad:

- **Identidad Social Tradicional:** Las mujeres se consideran las dueñas de la esfera privada y es en este ámbito donde encuentran reconocimiento. La maternidad es asumida como un elemento primordial, esperado y deseado puesto que en cierto modo las convierte en auténticas mujeres. Ser una buena madre, es el destino de toda mujer y el proceso es guiado y se aprende de otras mujeres de su entorno próximo. Generalmente este tipo de identidad social articula un discurso de desconfianza, hacia el sistema sanitario que ha atendido su parto. Consideran que el Sistema sanitario no admite la capacidad y el protagonismo que las mujeres con una identidad social tradicional afirman tener como ejecutoras de los tiempos de su parto. No obstante, se reconoce y se pone en valor que algunos colectivos profesionales sanitarios sí han sabido respetar sus tiempos, por lo que una experiencia positiva o negativa en el parto es atribuida a una cuestión del azar, en suma depende de las personas que te atiendan. El dolor es considerado una categoría social ineludible para el ejercicio de una maternidad incondicional y elemento necesario para ser reconocidas por su entorno inmediato como verdaderas madres. El dolor es un estado originario de su condición de madre, por ello es fundamental saber dominar los dolores del parto siendo fuertes y preparándose para este rito de paso. Se articula un discurso moralizador sobre las bondades y las emociones de saber resistir los dolores de parto para el buen ejercicio de su condición de madre, ya que la mujer por su naturaleza está preparada para dar a luz, por lo que el sistema sanitario sólo debe intervenir cuando exista un riesgo vital para la madre o el bebé.
- **Identidad Social Moderna:** Las mujeres sienten que son las responsables de las actividades de la esfera privada, si bien estas tareas no deben entorpecer el desarrollo de sus quehaceres en la esfera pública donde encuentran la fuente principal de legitimidad

social. Se considera necesario que exista un apoyo social, político, de la administración, económico... para poder superar las exigencias y las dificultades para compaginar y estar presentes en la esfera pública y en la esfera privada. Por ello, el ejercicio de la maternidad supone un alto coste físico, emocional y vital que recae sobre las mujeres pero que consideran que debe ser apoyado social y familiarmente. Así, desde estos discursos se pone en valor las mujeres que son capaces de compaginar la maternidad y el ejercicio de su carrera profesional. Es de vital importancia, tener una educación maternal durante el desarrollo de su parto, que permita el conocimiento de una información basada en las evidencias científicas y tecnológicas, para superar las incertidumbres que se generan en este proceso. En consecuencia, el sistema sanitario obstétrico aunque es mejorable, genera confianza ya que puede dar respuesta a los posibles riesgos, que madres y bebés, pueden tener durante el parto, ofreciendo un entorno perfecto para garantizar la seguridad. El dolor en el proceso de parto, se considera como un elemento innecesario, sin sentido, por lo que se aspira a evitarlo, ya que no es útil. El verdadero dolor es la incertidumbre de cómo se va a desarrollar su parto, de que se puedan controlar y evitar todos los riesgos que conlleva dar a luz. Para ello las mejores alternativas son las ofrecidas por el sistema sanitario con una metodología obstétrica basada en técnicas, fármacos, instrumentos... que se usan de forma efectiva y al amparo del conocimiento experto. Precisamente el parto ideal es el que se desarrolla de la forma más amable y menos dolorosa posible, por ello tiene sentido evitar cualquier sensación que pueda conllevar una experiencia traumática. Actualmente los partos se pueden beneficiar de los avances médicos que han generado una atención sistematizada que ayuda a que la mujer pueda parir con total garantía y fiabilidad.

- **Identidad Social Postmoderna:** Las mujeres se acercan a este tipo de identidad reconocen la existencia de las esferas pública y privada, aunque los límites de ambas esferas no son claros. El mejor modelo

para el desempeño de sus acciones en cualquiera de las esferas, es el que se basa en la flexibilidad, con la conquista de nuevos espacios y también con la “vuelta atrás” en otras cuestiones, un ejercicio de decidir sin la influencia de las construcciones sociales mayoritarias. En la esfera privada el discurso circula en torno al ideal de la corresponsabilidad en torno a todos los quehaceres, a excepción de las tareas propias de la maternidad. La maternidad es entendida como un espacio privilegiado que por su naturaleza les pertenece a las madres en la forma y modo que ellas decidan, como también la posibilidad de renunciar a ella. La esfera pública está concebida y pensada para responder a los modelos de comportamiento masculinizados, y ellas rechazan ejercer su profesión basándose en consideraciones patriarcales. Para poder ejercer el privilegio de la maternidad, buscan alternativas para compaginarla con la esfera pública, haciendo uso de los permisos para la reducción de la jornada laboral o la excedencia por cuidado de un menor, así como otras posibilidades menos frecuentes a las institucionalizadas. La maternidad es entendida como un elemento de interés para la sociedad en su conjunto, que debiera de posibilitar la construcción de un proyecto de vida para las mujeres que libremente así lo consideren. Todo ello responde a una oportunidad de empoderamiento de la mujer, basado en una maternidad pensada de forma íntima que la ayude a tomar conciencia de su nueva situación, a sentirse preparada para vivir todo este proceso y que posibilite conectar con ella misma. Esta forma de entender la maternidad supone, desde su discurso, un motor de cambio social, una forma legítima de enfrentarse a las normalizaciones sociales legitimadas: es un discurso construido frente al modelo más generalizado, propio de las sociedades modernas y basadas en el conocimiento experto. Abogan por un modelo de educación, asistencia y acompañamiento maternal, que respete los procesos fisiológicos del embarazo, parto y postparto, reconociendo a la mujer como protagonista. El sistema sanitario obstétrico heredado, no es el único modelo legitimado de atención al parto, incluso no siempre sabe responder a las verdaderas

demandas que tiene la mujer durante su parto. Es un sistema cerrado a otras posibles alternativas, que modifique las actuales actuaciones entendidas desde el intervencionismo generalizado y ajeno a las consecuencias negativas para la mujer y su bebé. Si bien, reconocen que cada vez más existe un interés y una lucha por parte de algunos colectivos sanitarios sobre la necesidad de cambiar las prácticas sanitarias en lo que concierne a la atención al parto. El dolor que se experimenta durante el transcurso completo de alumbramiento, es concebido como propio a la naturaleza del parto. Por ello, la mujer debe prepararse para manejar el dolor, y normalmente lo hace a través de unas redes de grupos de apoyo activo durante el proceso de su parto, que habitualmente continúan en su periodo postparto como son los grupos de lactancia y demás. El dolor más agudo para ellas no es el del parto sino el que se produce cuando se han vulnerado sus derechos bajo pretexto de formalidades obstétricas, que no ayuda a vivir el proceso en conexión con ella misma, ni con su bebé. Durante todo el proceso del parto, se deben respetar los valores, necesidades y demandas de las mujeres a obstar por lo que consideran un modelo holístico, que ponga la atención sanitaria al servicio de los intereses de la mujer. En ocasiones, este miedo a no poder tener un parto hospitalario que obedezca a su concepción de lo que es un parto natural, donde hay que favorecer siempre que sea posible la no medicalización e instrumentalización, hace que la mujer vea como posibilidad, cuando se lo pueda permitir, la de tener un parto fuera del ámbito hospitalario.

- En el ideal de parto lícitado en los diferentes discursos existen al menos dos características que podemos considerar comunes a todas las mujeres independientemente de su identidad social: a) la exigencia de que el parto se desarrolle en un ambiente de tranquilidad, que es un elemento clave para poder tener una mayor confianza en ellas mismas y poder desarrollar como estimen oportuno este hecho singular en su vida, y b) que se respeten los intereses y forma de entender el parto de cada mujer, salvo

que por motivos de fuerza mayor las personas que las atienden deban tomar medidas excepcionales como salvaguarda de la vida de ellas y/o de sus bebés.

- Por último, consideramos importante destacar en base a las conclusiones alcanzadas al menos las siguientes recomendaciones:
  1. El sistema sanitario público andaluz debería atender y dar respuesta a las demandas de las mujeres usuarias que son atendidas para el parto.
  2. No debería generar falsas expectativa y ofrecer un plan de parto para que las mujeres que van a acudir a un hospital del SSPA anoten sus deseos sobre cómo quieren que se desarrolle su parto, si después, en la práctica, no lo pueden tener en cuenta.
  3. Se debería posibilitar que el plan de parto fuera más flexible y capaz de asumir las principales demandas de las mujeres, que como hemos visto son diversas, así como poner todos los recursos necesarios para que se cumpla, en la medida de lo posible.
  4. Es importante además que la administración haga el esfuerzo de formar y concienciar a todo el colectivo sanitario, para que en la medida de lo posible, los deseos, preferencias y expectativas de las mujeres que van a dar a luz, se conviertan en realidades. Del mismo modo fomentar la empatía de este colectivo con las necesidades, miedos, angustias, deseos, alegrías..., de las mujeres que van a vivir un parto, ya que es en este aspecto, así como en general en la mayor humanización del proceso de parto donde todas coinciden.

## **8.2 Consideraciones finales y posibles líneas de investigación**

Esta tesis doctoral ha optado por una visión de la Identidad Social que rompe con los preceptos clásicos de la Sociología y la Psicología Social. Su principal novedad frente a las investigaciones anteriormente realizadas en este campo, ha sido tratar de buscar una interpretación más integral, lo que las mujeres elaboran como parte de su condición individual y las categorías o roles que la sociedad incorpora y legitima en relación a las actitudes en torno al parto. Una dialéctica visible en la realidad empírica una vez contruidos y expuestos los tipos ideales de identidades sociales que se han elaborado en este trabajo. Por ello, se ha adoptado una visión de la construcción de cada una de las identidades colectivas en base la interacción e institucionalización social pero sin olvidar la interpretación individual de cada una de las mujeres entrevistadas o que han formado parte de los grupos de discusión realizados. Esto ha permitido un enfoque cognitivo integrador de la identidad social que forma parte de una estructura de unidad, asimilación y diferenciación de la mujeres en torno a sus partos con respecto a los de las demás. La imagen social del parto unida a la vivencia de cada mujer que lo protagoniza, es una situación social de especial importancia para dar cuenta y al tiempo configurar su propia identidad, y este trabajo lo pone de manifiesto. Por una parte se han identificado tres grandes identidades sociales en torno a la mujer en el parto en Andalucía, si bien no todas ellas tienen numéricamente ni siquiera un peso similar en la sociedad actual. Los discursos vinculados a la identidad social tradicional de la mujer son cada vez más minoritarios bien porque cada vez son menos las mujeres que comparten las características y valores que los sustentan, bien porque el propio desarrollo de la sociedad moderna los hace ocupar un lugar cada vez más residual. La identidad social mayoritaria, la que tiene un peso numérico más importante en los análisis realizados, es la que sustenta el discurso vertebrado por la mujer moderna, si bien frente a ella o a partir de ella se desarrolla con fuerza un discurso que, aunque aún es muy

minoritario, parece cobrar cierta importancia social e ir ganando presencia. Este es el discurso que se acerca a los postulados de la identidad social postmoderna.

Una de las posibles líneas de investigación que se nos antoja como relevante, es el análisis cuantitativo de las mujeres que han sido atendidas por un parto recientemente, tanto en hospitales públicos como privados, para constatar las posibles diferencias entre ambas usuarias y los cambios que se hayan producido en los últimos años. Del mismo modo, sería interesante poder realizar un estudio cualitativo (dada su aun escasa representatividad numérica) de madres que han decidido tener un parto en casa para profundizar más sobre sus características, esquemas cognitivos, actitudes y comportamientos, todo lo cual probablemente sirviese para informar y ayudar al mejor desarrollo de las políticas públicas sobre maternidad y parto.



## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aceituno, L., Segura, M. H., Quesada, J., Rodríguez-Zarauz, R., Ruiz-Martínez, E., Barqueros, A.I. y Sánchez M. T. (2003). *Resultados de la aplicación de un protocolo para disminuir la tasa de cesáreas*. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 46,10:430-440.
- Aguilar Cordero, M. J., Sáez Martín, I., Menor Rodríguez, M. J., Mur villa, N., Expósito Ruiz, M., Hervás Pérez, A. y González, J. L. (2013). *Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia*. *Nutrición Hospitalaria*, 28:920-6.
- Alberdi, I., Escario, P. y Matas, N. (2000). *The young women in Spain*. Fundación La Caixa, Barcelona.
- Alemán, J. (2000). *Lacan en la razón Posmoderna*. Málaga: Edit. Miguel Gómez
- Alexander, J. C. (1992): *Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra Mundial*. Barcelona: Gedisa
- Allardt, E. (1990). *Challenges for comparative social research*. *Acta Sociologica*, 33, 3, 183-193.
- Alonso Benito, L. E. (1994). *Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa*. En: Delgado, J.M, Gutiérrez, J. editores. *Métodos y técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis, 225-238.
- Arteaga Aguirre, C. (2000). *Modernización agraria y construcción de identidades*. México: Plaza y Valdés.
- Augé, M. (1995). *Hacia una antropología de los mundos contemporáneos*. Barcelona: Gedisa.
- Augé, M. (1996). *El sentido de los otros. Actualidad de la antropología*. Barcelona: Paidós.

- Azcona, J. (1984): *Etnia y nacionalismo vasco. Una aproximación desde la antropología*. Barcelona, Anthropos.
- Baert, P. y Carreira, F. (2011). *La teoría social contemporánea*. Madrid: Alianza.
- Balbo, L. (1978). *La doppia presenza*. Inchiasta 32: 3-11.
- Bandura, A. (2002). *Social cognitive theory in cultural context*. Journal of Applied Psychology: An International Review, 51, 269–290.
- Barbosa da Silva, F.M., Koiffman, M. D., Hitomi Osava, R., Junqueira V. de Oveira, S. M. y Gonzalez Riesco, M.L. (2008). *Centro de Parto Normal como estrategia de incentivo del parto normal: Estudio Descriptivo*. Enfermería Global. 14.
- Barth, F. (1969). *Ethnic groups and boundaries. The social organization of culture difference*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bartolomé, A. (2007). *Librar el Camino. Relatos sobre Antropología y Alteridad*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Baszanger, I. (1992) *Deciphering chronic pain*. Sociology of Health & Illness, 14, 2:181-215.
- Bauman, Z. (1997). *From Pilgrim to Tourist or a Short History of Identity*. En S. Hall y P. Du Gay, Questions of Cultural Identity Londres: Sage, 18-36).
- Bauman, Z. (2000). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2001). *La sociedad individualizada*. Madrid, Cátedra.
- Bauman, Z. (2002). *La cultura como praxis*. Barcelona, Paidós
- Bauman, Z. (2003). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Bayes, R. (1998). *Psychology of suffering and death*. Anuario de Psicología 29,4,:5-17.

- Beck, U. (2000). *Libertad o capitalismo. Conversaciones con Johannes Willms*. Barcelona: Paidós.
- Bel-Bravo, M. A. (2009). *Mujeres y cambio social en la Edad Moderna*. Ediciones Encuentro, Madrid.
- Bellón, S. (2015). *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*. Revista Internacional de Éticas Aplicadas; 18:93-11.
- Berger, P.L. y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Berger, P.L. y Luckmann, T. (1997) *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido. La orientación del hombre moderno*. Barcelona: Paidós.
- Biedma Velázquez, L., García de Diego, J. M. y Serrano del Rosal, R. (2010). *Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: "la buena sufridora"*. Revista de la Sociedad Española del Dolor; 17:3-15.
- Bill, J. A. y Hardgrave, R. L. (1981). *Modernization and Development Political. Comparative Politics: the Quest for Theory*. United Press American
- Blair, J. M., Dobson, G. T., Hill, D. A., MacCracken, G. R. y Fee, J.P. (2005). *Patient controlled analgesia for labour: A comparison of remifentanyl with pethidine*. Anaesthesia, 60:22-7.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. New Jersey: Prentice Hall.
- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Decreto 101/1995 de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento, BOJA nº 72, 17 de mayo de 1995. Disponible en:  
<http://www.juntadeandalucia.es/boja/1995/72/4>
- Bourdieu, P. (1979). *La distinción*. Madrid: Taurus, 1991.

- Bruner, J. y Goodman, C. (1947). *Value and Need as Organizing Factors in Percepton*. Journal of Abnormal and Social Psychology 42: 33-44.
- Burke, P. J. y Stets, J. (2009). *Identity Theory*. New York: Oxford University Press.
- Burns, T. (1992). *Erving Goffman*. Londres: Routledge.
- Burr, V. (1995). *An introduction to Social Constructionism*. New York: Routledge.
- Campuzano, C. (2007). *Guidelines for obstetric epidural analgesia within a framework of innovative management and quality and safety criteria*. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 14,2:117-124.
- Canto Ortiz, J. M. y Toranzo Moral, F. (2005). *El sí mismo desde la teoría de la identidad social*. Escritos de Psicología, 7, 59–70.
- Caporale, S. (2005). *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): una visión integradora*. Entinema, Madrid.
- Castells, M. (1997). *La era de la información: economía, sociedad y cultura. La sociedad red. Vol. I*, Madrid, Alianza.
- Castells, M. (1998). *La era de la información. Economía, Sociedad y Cultura. El poder de la identidad. Vol. II*, Madrid, Alianza.
- Castro, R. y Bronsman, M. (1993). *Teoría feminista y sociológica médica: bases para una discusión*. Cad Saúde Publ Río de Janeiro 9,3:375-394.
- Cea D'Ancona, M. A. (2001). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid, Síntesis.
- Chapman, M., McDonald, M. y Tonkin, E. (1989). *History and social Anthropology*. History and Ethnicity. London, Routledge, 1-21.
- Collins, R. (1988). *Theoretical Continuities in Goffman's Work*. En Drew, P., y Wootton, A.: 41-63.

- Conde Gutiérrez del Álamo, F. (2009). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Consejería de Salud. (2009). *Plan de Parto y nacimientos*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, Sevilla.
- Consejería de Salud. (2012). *Organización de la Atención Sanitaria Pública en Andalucía - Salud en Andalucía - Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía. Disponible en:
- <http://www.calidadsaludandalucia.com/docs/efectividad.pdf>
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía. (2014). *Embarazo, Parto y Puerperio. Proceso Asistencial Integrado*. Sevilla. Disponible en:
- [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/embarazo\\_parto\\_puerperio\\_nuevo/embarazo\\_parto\\_puerperio\\_septiembre\\_2014.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/embarazo_parto_puerperio_nuevo/embarazo_parto_puerperio_septiembre_2014.pdf)
- Coria, C., Freixas, A. y Covas, S. (2005). *Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias*. Paidós, Buenos Aires.
- Davidson, D. (2003). *Tres variedades de conocimiento*. En Fernández Prat, O. (Trad.), "Subjetivo, intersubjetivo, objetivo". Madrid: Cátedra, 280-300.
- Deaux, K. (2002). *Social identity*. En J. Worell (Ed.), *Encyclopaedia of women and gender*. San Diego CA: Academic Press
- Díaz-Sáez, J., Catalán-Matamoros, D., Fernández-Martínez M. M. y Granadaos-Gámez, G. (2011). *La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud*. Gaceta Sanitaria, 25:483-9.
- Dilthey, W. (2000). *Dos escritos sobre Hermenéutica: el surgimiento de la Hermenéutica y los esbozos para una crítica de la razón histórica*. Madrid: Istmo.

- Dubar, C. (2002) *La crisis de las identidades. La interpretación de una mutación*. Barcelona: Bellaterra.
- Dubet, F. (1987). *De la sociología de la identidad a la sociología del sujeto*. Estudios Sociológicos, (7), 21, 519- 545.
- EDUCER. (2014). *Mapa del parto en casa en España*. Datos 2013. Observatorio del Parto en Casa en España. Nº VI. Alicante. Disponible en: <http://www.educer.es>
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Erikson, E. H (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Erlandson, D. A., Harris, E. L., Skipper, B. L., y Allen, S. D. (1993). *Doing naturalistic inquiry: A guide to methods*. Newbury Park, Sage.
- Fernández, E. (2012). Identidad y personalidad: o como sabemos que somos diferentes de los demás. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia 2 (4), 1-16. Disponible en:  
[http://www.psicociencias.com/pdf\\_noticias/Identidad\\_y\\_personalidad.pdf](http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Identidad_y_personalidad.pdf)
- Fernández, M. (2006). *La sociología aplicada*. Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, núm. 115, pp. 11-39.
- Franco, A. (1999) *El dolor en la historia*. Revista de la Sociedad Española del Dolor 6:261-262.
- Gadamer, H. (1977). *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme.
- García de Diego J. M., Biedma Velázquez, L. y Serrano del Rosal, R. (2015). *Sociology of Labour Pain*. En: Capogna G, editor. Epidural Labor Analgesia. Childbirth Without Pain. New York: Springer, 39-47.
- Gergen, K. (1991). *El yo saturado*. Paidós, Buenos Aires.
- Giddens, A. (1988). *Goffman as a Systematic Social Theorist*. En Drew, P., y Wootton, A., 250-293.

- Giddens, A. (1993). *Consecuencias de la modernidad*. 1a. edición en Alianza, Universidad, Madrid.
- Giddens, A. (2000). *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época Contemporánea*. Barcelona: Península.
- Giménez, G. (2005). *La concepción simbólica de la cultura*. En Teoría y análisis de la cultura. México: Conaculta, 67–87.
- Gleizer, M. (1997). *Identidad, subjetividad y sentido en las sociedades complejas*. México: FLACSO.
- Green, M. H. (2008). *Making Women's Medicine Masculine: The Rise of Male Authority in Pre-Modern Gynecology*. Oxford University Press.
- Goodman, P., Mackey, M. C. y Tavakoli, A. S. (2004) *Factors related to childbirth satisfaction*. J Adv Nurs, 46:212–219.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Garden City, N.Y.:Doubleday.
- Goffamn, E. (1971). *Relations in Public*. Nueva York: Basic Books.
- Goffman, Erving (1982), *Interaction ritual. Essays on face-to-face behavior*, Pantheon. Nueva York, 5-45.
- Goffman, E (2006), *Frame Analysis. Los Marcos de la Experiencia*. Madrid, CIS.
- Gómez, A. (2006). *Sí mismo e identidad social*. En A. Gómez, E. Gaviria & I. Fernández (Coords.), *Psicología social*, 231-295. Madrid: Sanz y Torres.
- Gurdián, A. (1995). *Algunas notas en torno a la investigación cualitativa en Ciencias Sociales*. En: *La investigación cualitativa y su aporte a la investigación social. Reflexiones teórico-metodológicas*. Sede de Occidente, Universidad de Costa Rica, 16-29.



- Gutman, Y. y Tabak, N. (2011). *The Intention of Delivery Room Staff to Encourage the Presence of Husbands/Partners at Cesarean Sections*. Nursing Research and Practice. Disponible en:  
<https://www.hindawi.com/journals/nrp/2011/192649/>
- Halpern, S.H. y Abdallah, F. (2010). *Effect of labor analgesia on labor outcome*. Curr Opin Anaesthesiol, 23:317-22.
- Hamer, J. H. (1984): *Identity, Process, and Reinterpretation. The Past Made Presente and the Present Made Past*. Anthropos, 89: 181-190.
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J. y Butt, J. (2007). *The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience*. Midwifery, 23:235-47.
- Hays, S. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*. Yale University Press
- Hogg, M. A. y Abrams, D. (1988). *Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group processes*. London & New York: Routledge
- Hogg, M. A., Abrams, D., Otten, S. y Hinkle, S. (2004). *The social identity perspective: Intergroup relations, self-conception, and small groups*. Small Group Research, 35: 246-276.
- Hogg, M., Deborah, T. y White, K. M. (1995). *A Tale of Two Theories: A Critical Comparison of Identity Theory with Social Identity Theory*. Social Psychology Quarterly, 58: 255-269.
- Huici, C. y Gómez Berrocal, C. (2004). *Las relaciones intergrupales*. En C. Huici y J. F. Morales (Dirs.), Psicología de grupos I. Estructura y procesos (pp.369-408). Madrid: UNED.
- Hurtado, I. y Toro, J. (1998). *Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio*. Valencia, Venezuela: Ediciones de la Universidad de Carabobo.

- Inglehart, R. (1998). *Modernización y posmodernización: El cambio cultural, económico y político en 43 sociedades*. CIS
- Instituto Nacional de Estadística. (2015). *Encuesta de morbilidad hospitalaria 2015*. España. Disponible en:  
[http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176778&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176778&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)
- Ito, M. (2009). *Engineering Play: A Cultural History of Children's Software*. Cambridge: MIT Press.
- Jangland, E., Gunninberg, L. y Carlsson, M. (2009). *Patient' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement*. Patient Educ Couns; 75:199–204.
- Jenkins, R. (2004). *Social identity*. London: Routledge.
- Jenkins, R. (2008). *Rethinking ethnicity: Arguments and explorations*. Londres: SAGE.
- Kachel, S., Steffens, M. C. y Niedlich, C. (2016). *Traditional Masculinity and Femininity: Validation of a New Scale Assessing Gender Roles*. Frontiers in Psychology, 7, 956. Disponible en:  
<http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00956>
- Kendon A. (1998). *Goffman's Approach to Face-to-Face Interaction*. En Drew, P. y Wootton, A., 14-40.
- Kirmayer L.J. (2008). Culture and the metaphoric mediation of pain. Transcult Psychiatry 45(2):318-338.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis. An introduction to its methodology*. Beverly Hills, Sage. USA.
- Kuper, A. (2001). *Cultura. La versión de los antropólogos*. Barcelona: Paidós.
- Kuzel, A. J., Woolf, S. H., Gilchrist, V. J., Engel, J. D., LaVeist, T. A., Vincent, C. y Frankel, R. M. (2004). *Patient reports of preventable problems and harms in primary health care*. Ann Fam Med. 2004; 2:333–40.

- Lamas, M. (2001). Política y reproducción. Aborto: La frontera del derecho a decidir. Plaza y Janés, México.
- Le Breton, D (1995). *Anthropologie de la douleur*. Métailié, Paris
- Le Bretón, D. (2010). *Pain and the care relationship*. Soins 749:34-5
- Leppä, M., Korvenoja, A., Carlson, S., Timonen, P., Martinkauppi, S., Ahonen, J., Rosenberg, P. H., Aronen, H. J. y Kalso, E. (2006). *Acute opioid effects on human brain as revealed by functional magnetic resonance imaging*. Neuroimage, 31:661–669.
- Leriche, R. (1937). *La chirurgie de la douleur*. Masson, Paris
- López, M. F. y Puertas, A. (2007). *Parto natural: evidencia científica a partir de las recomendaciones de la OMS*. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. Clases de Residentes 2007. Disponible en:
- [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/cr07.parto\\_natural.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr07.parto_natural.pdf)
- Linares, B.C., Beutelspacher, A. N., Sanchez, G., Zapata, E. y Salvatierra, B. (2017). *La no-maternidad en México. El rol del género y la desigualdad socioeconómica*. Población y Salud en Mesoamérica, 15, 1:57-75.
- Lipovetsky, G. (2002). *The third woman: The stability and shock of basis of femininity*. Anagrama, Barcelona.
- Loeser, J. D., Melzack, R. (1999). *Pain: an overview*. Lancet 353 9164:1607-1609.
- Luhmann, N. y De Giorgi, R. (1998). *Teoría de la sociedad*. Editores Universidad Iberoamericana. México: Triana.
- Luque, T. (2015). *Segmentación Jerárquica. Técnicas de análisis de datos en investigación de mercados*. Madrid: Ediciones Pirámide: 347.
- Lyotard, Jean-François (1979). *La condition postmoderne: rapport sur le savoir*. París: Minuit.

- Macfarlane, A. (1977). *The psychology of childbirth*. University Press, Harvard.
- Maderuelo, J.A., Haro, A. M, Pérez, F., Cercas, L. J., Valentín, A. B. y Morán, E. (2006). *Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo: Diferencias entre los dispositivos asistenciales*. Gaceta Sanitaria, 20:31-39.
- Maffesoli, M. (1990). *El tiempo de las tribus, el declive del individualismo en las sociedades de masas*. Icaria, Barcelona.
- Manning, P. (1992). *Erving Goffman and Modern Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Martín Criado, E. (1998). *Los decires y los haceres*. Papers 56:57-71.
- Martín-Criado, E. (2004). *El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares*. RES, 4: 93-118.
- Martín-Criado, E.(2007a). *El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía*. Rev Esp Salud Public.,81:519-28.
- Martín-Criado, E. (2007b). *La dieta desesperada. Algunas consideraciones sociales que obstaculizan el control del peso entre madres de clases populares*. Trastornos de la Conducta Alimentaria, 6:578-599.
- Mas-Pons, R., Barona-Vilar, C., Carreguí-Vilar, S., Ibañez-Gil, N., Margaix-Fontestad, L. y Escribá-Agüir, V. (2012). *Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale*. Gaceta Sanitaria; 26:236-42.
- Matchar, E. (2013). *Homeward Bound: Why Women Are Embracing the New Domesticity*. Simon & Schuster, Hardback.
- Mead, G. H. (1925). *The Genesis of the Self and Social Control*. International Journal of Ethics, 35, 3, 251-277.

- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self and Society: from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mead, G. H., Mazía, F. y Morris, C. W. (1982). *Espíritu, persona y sociedad desde el punto de vista del conductismo social*. Barcelona: Paidós.
- Meltzer, B. (1978). *Mead's social psychology*. En J. Manis and B. Meltzer Reader in Social Psychology, Boston: Allyn and Bacon, 15-27.
- Meltzer, B., Petras, J. y Reynolds, L. (1975). *Symbolic interactionism: Genesis, varieties and criticism*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Ministerio de Ciencia e Innovación. (2007). *La asistencia al parto de las mujeres sanas. Estudio de variabilidad y revisión sistemática*. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Avalia-t 2007/03.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Evolución de la Tasa de Cesáreas en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud: Años 2001-2011*. Secretaria General de Sanidad y Consumo. Informes Breves CMBD, nº1.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia. Madrid. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones*. Centro de Publicaciones del MSPS, Madrid.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Informa sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en:

[https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)

Molina, M. E. (2006) .*Transformaciones histórico culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer*. Psykhe 15, 2:93-103.

Moreno, M. y Mira, A. (2005). *Maternidades y Madres: un enfoque historiográfico*. En Caporale S (ed) Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): una visión integradora. Entinema, Madrid.

Morris, D. B. (1991). *The culture of pain*. University of California Press, Berkeley.

Nash, M. (2000). *Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900 – 1939*. En Georges D, Perrot M (ed) Historia de las Mujeres en Occidente. Ed. Taurusminor, Madrid.

Odent, M. (2004). *Knitting midwives for drugless childbirth*. Midwifery Today Int Midwife. 71:21-2.

Office for National Statistics. (2015). *Birth Characteristics in England and Wales*. Statistical Bulletin. Disponible en:

[http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778\\_419005.pdf](http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_419005.pdf)

Organización de Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo. La agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Disponible en: [http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1\\_es.pdf](http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf)

Orozco Echeverri, S. (2014). *Sobre la identidad del sujeto en la institucionalización de las teorías científicas*. Estudios de Filosofía, 49: 49-66.

- Ortiz-Gómez, J.R., Palacio-Abizanda, F.J. y Fornet-Ruiz, I. (2014) *Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural*. An Sist Sanit Navar; 37:411-27.
- Owens, T., Robinson, D. y Smith-Lovin, L. (2010). *Three faces of identity*. Annual Review of Sociology, 6: 477- 499.
- Oyserman,D. y Lee, S.W. (2008). *Does Culture Influence What and How We Think? Effects of Priming Individualism and Collectivism*. Psychological Bulletin, 134, 311-342.
- Palomar Vereas, C. (2005). *Maternidad: historia y cultura*. La Ventana, 22: 35-67.
- Patiño, J. y Reixach, M. (2009). *¿Qué tipo de ayuda demandan los padres de recién nacidos hospitalizados en cuidados intensivos neonatales?*. Enfermería Clínica; 19:90–4.
- Ratner, C. (2008). *Cultural Psychology, Cross-Cultural Psychology, and Indigenous Psychology*. Nueva York: Nova Science Publishers.
- Rich, A. (1976). *Nacida de mujer*. Noguer y Caralt Ed., Barcelona.
- Ricoeur, P. (1991). *Narrative identity*. En D. Wood (Ed.). On Paul Ricoeur: Narrative and interpretation. London, Routledge
- Ruiz Ruiz, J. (2012). *El grupo triangular: reflexiones metodológicas en torno a dos experiencias de investigación empírica*. Revista de metodología de ciencias sociales, 24: 141-162.
- Ruiz Ruiz, J. (2014): *El Discurso Implícito: Aportaciones para un Análisis Sociológico*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS), 146, 1: 171-190.
- Sacristán, A. M., Lozano, J. E., Gil, M. y Vega, A. T. (2011). *Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León*. Revista de Pediatría y Atención Primaria, 13:33-46.



- Sahuquillo, I. M. (2006). *La identidad como problema social y sociológico*. ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura, 811-824.
- Saletti Cuesta, L. (2008). *Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad*. Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista, 7, Universidad de La Laguna, 169-183.
- Schütz, A. (1972). *Fenomenología del mundo social*. Paidós: Buenos Aires.
- Solé, C. y Parella, S. (2004). *Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales exitosas*. Revista Española de Sociología, 4: 67-92.
- Spencer, K. M. (2004). *The primal touch of birth. Midwives, mothers and massage*. Midwifery Today Int Midwife.; 70:11-3.
- Stake, R. (1.998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid. Morata.
- Staneva, A. y Wittkowski, A. (2013). *Exploring beliefs and expectations about motherhood in Bulgarian mothers: a qualitative study*. Midwifery 29:260 267.
- Stern D.N., Bruscheiler-Stern N., Freeland A. (1999). *El nacimiento de una madre: cómo la experiencia de la maternidad te hará cambiar para siempre*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica
- Stets, J. y Burke, P. J. (2000). *Identity Theory and Social Identity Theory*. Social Psychology Quarterly, 63, 3: 224-237.
- Stets, J. y Burke, P. J. (2003). *A sociological approach to self and identity*. En M. R. Leary, y T. J. P., Handbook of self and identity, 128-152. Nueva York: Guilford Press.
- Strauss, A. (1978). *Negotiations: Varieties, procesos and social order*. San Francisco: Jossey-Bass
- Stryker, S. (1980). *Symbolic Interactionism: A Social Structural Version*. Menlo Park, CA: Benjamin Cumming



- Stryker, S. (1987). *The vitalization of symbolic interactionism*. Social Psychology Quarterly, 50,1, 83-94.
- Suvienén, T.I., Reade, P., Kemppainen, P., Könönen, M., Dworkin, S.F. (2005) *Review of aetiological concepts of temporomandibular pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors*. Euroan Journal Pain, 9, 6:613-633.
- Tajfel, H. (1957). *Value and the perceptual judgement of magnitude*. Psychological Review, 64, 192-204.
- Tajfel, H. (1959). *Quantitative judgment in social perception*. British Journal of Psychology, 50, 16-29.
- Tajfel, H. (1969). *Cognitive aspects of prejudice*. Journal of Social Issues, 25, 4, 79-97.
- Tajfel, H. (1970). *Experiments in intergroup discrimination*. Scientific American, 223, 96-102.
- Tajfel, H. (1974). *Social identity and intergroup behavior*. Social Science Information, 13, 65-93.
- Tajfel, H. (1978). *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*. Londres: Academic Press.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tajfel, H. (1983). *Psicología social y proceso social*. Barcelona: Hispano Europea.
- Tajfel, H., Billig, M., Bundy, R.P., y Flament, C. (1971). *Social categorization and intergroup behavior*. European Journal of Social Psychology, 1, 144-77.
- Tajfel, H., Flament, C., Billig, M. y Bundy, R. (1971). *Social categorization and intergroup behavior*. European Journal of Social Psychology, 1, 149-177.

- Tajfel, H. y Turner, J. C. (1979). *An integrative theory of intergroup conflict*. En W. G. Austin y S. Worchel (Eds.) *The social psychology of intergroup relations* 33-47. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Tajfel, H. y Turner, J. C. (1986). *The Social Identity Theory of Intergroup Behavior*. *Psychology of Intergroup Relations*, 5, 7-24.
- Tajfel, H. y Wilkes, A. L. (1963). *Classification and quantitative judgment*. *British Journal of Social Psychology*, 54, 101-114.
- Taylor, C. (1996). *Identidad y reconocimiento*. *Revista de investigaciones Filosóficas y Políticas*, 7, 10-19.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona. Paidós.
- Téllez, A. y Heras, P. (2005). *Representaciones de género y maternidad: una aproximación desde la antropología sociocultural*. En Caporale S (ed) *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): una visión integradora*. Entinema, Madrid.
- Tesch, R. (1992). *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York. The Falm Press. USA.
- Tobío, C. (2002). *Conciliación o contradicción: como hacen las madres trabajadoras*. *RES* 97:155-186.
- Torregrosa, J. R. (1983). *Sobre la identidad personal como identidad social*. En Torregrosa, J. R. y Sarabia, B. (Orgs.), *Perspectivas y contextos de la psicología social*. Barcelona: Editorial Hispano Europea.
- Turner, J.C. (1982). *Towards a cognitive redefinition of the social group*. En H. Tajfel (Ed.): *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Turner, J. C. (1987). *Rediscovering the social group: A selfcategorization theory*. Oxford: Blackwell.

- Turner, J. C. (1999). *Some current issues in research on social identity and self-categorization theories*. En N. Ellemers, R. Spears y B. Doosje (Eds.). *Social Identity*, 6-35. Londres: Blackwell Publishers.
- Turner, J.C. y Giles, H. (1981). *Intergroup Behavior*. Oxford: Blackwell.
- Turner, J.C., Hogg, M.A., Oakes, P.J., Reicher, S.D., y Wetherell, M.S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Oxford: Blackwell.
- Turner, J.H. y Stets, J.E. (2005). *The Sociology of Emotions*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Valsiner, J. (2001). *Comparative study of human cultural development*. Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Venetis, M. K., Robinson, J., LaPlant, T. y Allen, M. (2009). *An evidence base for patient-centered cancer care: a meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients*. *Patient Educ Couns*. 2009; 77:379-83.
- Winkin, Y. (1991), *Presentación general. Erving Goffman: retrato del sociólogo joven*. En Erving Goffman, *Los momentos y sus hombres*, Paidós, Barcelona.
- <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3255&capsel=3256>
- Wittman, A. B., Wall, L. L. (2007). *The evolutionary origins of obstructed labor: bipedalism, encephalization, and the human obstetric dilemma*. *Obstet Gynecol Surv*; 62:739-48.
- Woods, P. (1989). *La escuela por dentro: La etnografía en la investigación educativa*. Madrid: Ediciones Paidós Ibérica.